# Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon

KOSSUTH

# Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon

# Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon

Kossuth Könyvkiadó / 1988

KÉSZÜLT A MINISZTERTANÁCS TUDOMÁNYPOLITIKAI BIZOTTSÁGA ALBIZOTTSÁGAKÉNT MŰKÖDŐ TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KOORDINÁCIÓS BIZOTTSÁG FELKÉRÉSÉRE

MÁSODIK KIADÁS

ISBN 963 09 2719 5

© ANDORKA RUDOLF, BUDA BÉLA, DONGA KATALIN, GYÖRGY ISTVÁN, KOLOZSI BÉLA, MOKSONY FERENC, MÜNNICH IVÁN, PATAKI FERENC, VÁG ANDRÁS, 1988

(4067)

# Tartalom


**Előszó** . . . . . 7

**Bevezetés** . . . . . 13

**A beilleszkedési zavarok társadalmi kezelésmódjáról** . . . . . 17

**A jelenlegi helyzet és a hosszú távú tendenciák a magyar társadalomban** . . . . . 25

Az öngyilkosság . . . . . 25
A bűnözés . . . . . 31
Az alkoholizmus . . . . . 36
A mentális zavarok . . . . . 43
A veszélyeztetett helyzetben levő fiatalok . . . . . 48
A társadalmi beilleszkedési zavarok okozta anyagi károk becslésének kérdései . . . 53
Összegzés . . . . . 55

**A társadalmi beilleszkedési zavarok értelmezési keretei** . . . . . 57

Az értelmezés nehézségei . . . . . 57
A társadalmi beilleszkedési zavarok magyarázó elvei . . . . . 60
Összegzés . . . . . 72

**Javaslatok és ajánlások a tbz korlátozását célzó gyakorlati tennivalókra, a kívánatos cselekvési irányokra** . . . . . 73

Javaslatok a társadalmi makrofolyamatok befolyásolására . . . . . 75
Javaslatok a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzésének alapintézmény-rendszerére . . . . . 98
Javaslatok a szocializáló „műhelyek" működését továbbfejlesztő intézkedésekre . . . 102
Javaslat családgondozó állomások hálózatának kialakítására . . . . . 116
Javaslatok a mentális egészségügyi alapellátás intézményeire . . . . . 120
Javaslatok a szakemberképzésre . . . . . 125
Javaslatok a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem komplex intézményrendszerének működésére . . . . . 128
Javaslatok az egyes tbz-formák megelőzésére és visszaszorítására . . . . . 137
Javaslatok a tudományos kutatás fejlesztésére . . . . . 154

**A társadalmi beilleszkedési zavarok visszaszorításának és megelőzésének külföldi tapasztalatai** . . . . . 159

Kriminalizáció és dekriminalizáció . . . . . 159
Medikalizáció és pszichiatrializáció . . . . . 159
A visszaszorítás . . . . . 160
A megelőzés . . . . . 163

**Példák külföldi országok gyakorlatából** . . . . . 173

Az öngyilkosság . . . . . 173
A bűnözés . . . . . 175
Az alkoholizmus . . . . . 180
A pszichiátriai ellátás (mentálegészségügyi hálózat) . . . . . 190
Család- és házasságvédelem . . . . . 182

**Függelék** . . . . . 195

A Tudományos Tanács tagjai . . . . . 195
A Tudományos Tanács megrendelésére szakértői véleményt készítettek . . . . . 196

# Előszó

Az alább következő lapokon némiképp szokatlan olvasmányt kap kezébe az olvasó. A szokatlanság emlegetése egyaránt kijár mind a könyv *tárgyának*, mind egynémely *formai* és *műfaji* jellegzetességének.

Az elmúlt évtizedekben – legjobb tudomásom szerint – nem jelent meg hazánkban olyan munka, amely együtt s kölcsönös kapcsolataikban tárgyalta volna valóságunk egyes tömeges, nyugtalanító és konfliktusgerjesztő jelenségeit, folyamatait. E nyugtalanító jelenségeken ezúttal pontosan körvonalazható tartományt értek: *a társadalmi beilleszkedés zavarait, a társadalmi deviáció tényeit.* Az előbbi – kissé bőbeszédű – formula ugyanis ugyanazokat a társadalmi tényeket nevezi meg, amelyeket a nemzetközi tudományos irodalom hagyományosan a „deviáns viselkedés" fogalma alá rendel.

E magatartásformákkal nap mint nap találkozhatunk. *Egyéni és egyszeri* megjelenési alakjaik, az őket hordozó *személyes sorsok* beleszövődnek mindennapi életünkbe. Ismerőseink, barátaink és munkatársaink életét keseríti – olykor teszi szerencsétlenné – az alkohol. Környezetünkből tűnnek el „tragikus hirtelenséggel" jól ismert arcok. Azt pedig már a statisztika szenvtelen adataiból tudjuk, hogy évente csaknem egy nagyközség lakosságát kitevő (vagyis ötezer körüli) honfitársunk önszántából válik meg életétől.

Növekvő nyugtalansággal emlegetjük a bűnözés alakulásának adatait, tárgyalgatjuk a „Kék fény"-ben látottakat, s hallgatjuk a mindennapi beszélgetésekből kicsapódó fenyegetettség érzetének indulatos – bár olykor tanácstalan – szavait. Tűnődve figyeljük a magunk köreiben is a szokatlan és „furcsa" magatartásmódokat; gyakorta panaszkodunk zaklatottságról, idegességről, kiszolgáltatottságról. Esténként óvatosan elkerüljük az „aluljárói társadalmak" vagy az utcasarki „galerik" övezeteit, s háborogva szemléljük a fiatalok egyes csoportjainak szokatlan és olykor mellbevágó szokásait és megnyilvánulásait.

Csupa olyan tényről esik majd szó e könyv lapjain, amelyek ott lappanganak mindennapi tapasztalatainkban, élményeinkben és ismereteinkben – olykor azonban meglehetősen pontatlanul, esetlegességekkel megterhelve vagy ilyen-olyan indulatokkal átszínezve.

Egyebek között azért is, mert a mindennapi lét egyéni és egyszeri történései mögött nem mindig könnyű felfedezni a *társadalmi tényeket*, az egyéni eseményekből egybeilleszkedő *társadalmi tendenciákat.* Egy barátunk öngyilkossága – személyes tragédia. Egy társadalom öngyilkossági késztetésének általános alakulása és állapota közfigyelmet érdemlő „kemény" társadalmi tény. Egy házaspár válása önmagában véve egyéni életrajzi esemény, s elvontan szemlélve

az egyén személyes szabadságának, autonómiájának hordozója is lehet. De ha egy társadalomban – amiként a mienkben is – a házasságok egyharmada válásba torkollik, akkor ez már más minőségű társadalmi tény, s ezért ebben a minőségében kell szemügyre venni – minden következményével egyetemben. Vagy legalábbis ebben a minőségében *is*!

Ilyenformán azok a tények és tapasztalatok, amelyekről e könyvben olvashatunk, önmagukban véve semmiképpen sem újak és szokatlanok. Sem nálunk, sem a világ bármely más országában! Szokatlan viszont az, hogy a kötet szerzői ezúttal komplex módon, a tények pontos nyelvén, köntörfalazás nélkül beszélnek a szóba jöhető tényekről, jóllehet az értelmezések és magyarázatok esetében már jóval óvatosabbak, körültekintőbbek.

Valljuk be, ez korábban nem mindig volt jellemző. Nem könnyű megfejteni azt a talányt, hogy a magyarországi szocializmus építésével járó nagyszabású átalakulásokat, az új és új *reformok* s a mindenirányú nyitottabbá válás menetét miért és miképpen kísérték a beilleszkedési zavarok növekedési tendenciái. Hogyan kell szemlélnünk e jelenségeket a *szocializmus mai viszonyai* között? Ennek okairól a későbbiek során bőséggel szólunk. Egy dolog azonban bizonyos: érett, az önsorsáért és a jövőjéért felelősséget érző társadalomhoz s e társadalom politikai irányításához csakis az lehet méltó, aki józanul szembenéz a tényekkel s megosztja a *társadalmi közvéleménnyel* az okok firtatásának gondját és a közös cselekvés felelősségét.

Félreértés ne essék: korántsem e lapokon olvashat először a hazai olvasó a bűnözés állapotáról és alakulásáról, az alkoholizmus okozta bajokról vagy az öngyilkosságok terén elfoglalt „világelsőségünkről", a veszélyeztetett fiatalok – főképpen az állami gondozottak – sorsáról.

Éppen ellenkezőleg! Az elmúlt két évtizedben újra és újra az e kérdések feletti indulatos viták hullámai söpörtek végig szellemi életünkön; röpiratok jelentek meg, javaslatok születtek. A társadalmi közvélemény nyugtalansága nem újkeletű. Bibliográfiáink sok száz könyvet, tanulmányt, cikket tartanak számon az iménti s a hozzájuk kapcsolódó témákról. Ezek szaktudományos vértezete és elmélyült vizsgálódása olykor jóval mélyebbre szánt, mint azt az itt olvasható elemzések – már csak terjedelmi korlátaiknál és célkitűzéseiknél fogva is – megtehetik. Az irodalom, a filmművészet, a szociográfia még gazdagabban – és főként érzékletesebben – ragadta meg létünknek e beteg gócait. Hiszen – ne feledjük – két kiadást is megérhetett pl. Gergely Mihály „Röpirat az öngyilkosságról" c. műve vagy Bakonyi Péter írása: „Téboly, terápia, stigma".

Az eddigi vitáknak, elemzéseknek azonban minden jel szerint nem sikerült kellően átütniük a közöny, a megelégedett rutin vagy a „szégyenlősség" falait. Az elhangzott szavak mennyisége, a javaslatok intése és megalapozottsága korántsem volt ugyanis arányban a széles körű cselekvésre, az intézményrendszer korszerűsítésére s a társadalmi aktivitás serkentésére fordított erőfeszítésekkel.

Meglehet, ennek egyik oka az volt, hogy gyakorta szétszóródott a figyelem. Olybá tűnt, mintha e jelenségek – az öngyilkosságtól a fiatalok veszélyeztetéséig – külön-külön és egymástól függetlenül orvosolhatóak lennének, éspedig kizárólag az arra rendelt, szűken szakszerűsödött állami intézmények tevékenysége révén. Mintha pusztán technikai hozzáértésen múlna a dolog, s nem kel-

lene lehatolni a mélyebben meghúzódó *társadalmi-történeti* gyökerekig is. Pedig – József Attila szavaival – jól tudjuk: „Multunk mind össze van torlódva."

Nos, a kérdéseknek ez az összetettebb és egyúttal genetikus szemlélete, az összes érintett szakembercsoportok termékeny együttműködése alighanem újszerű mozzanatnak ítélhető. Mindennek szemléleti hátteréről és egyéb feltételeiről – egyebek közt politikai összefüggéseiről – ugyancsak szó esik majd a későbbiek során.

A bevezető szavakban emlegettem e könyv formai és műfaji újszerűségét is. Ez az írás nem tudományos dolgozat. Legalábbis nem az a megszokott értelemben: nincsenek benne lábjegyzetek, nem szánta senki tudományos minősítési procedúrára. Ennek ellenére – legalábbis szándékai szerint – minden ízében tudományos igényt támaszt, vagyis immáron helyt kell állania a szélesebb közvélemény bíráló mércéje alatt is.

A munka szokatlan műfajt képvisel: egy tudományközi összetételű *szakértői munkacsoport jelentése*, azzal a nem jelentéktelen megszorítással, hogy a szerzők törekvései szerint legalább akkora hangsúlyt tesz a *„mi a teendő?"* megválaszolására, mint – ennek előfeltételeképpen – a megbízható *diagnózisra*. Hogy milyen tisztességgel tesz eleget e rendeltetésének, azt most már – a szakértők szűkebb testületein kívül – az érdeklődő közvélemény is megítélheti.

Hogy ez az ítéletalkotás megbízhatóbb alapokra támaszkodjék, s az olvasó is könnyebben eligazodjék, hadd ejtsek néhány szót arról, milyen munkálatok eredménye e könyv, s milyen további vizsgálódások kapcsolódnak össze vele.

A hetvenes évek második felétől kezdve különösen szembeötlővé vált társadalmunkban a *deviációs jelenségek növekedési tendenciája*. Jórészt ez volt az oka annak, hogy a hazai társadalomkutatók és az érintett területeken dolgozó szakemberek mind több képviselője kereste a módot: miképpen lehetne szembeszegülni e folyamatokkal? Milyen elemző vizsgálódásokra, újszerű cselekvési módokra és átfogó korszerűsítési lépésekre volna szükség ahhoz, hogy legalábbis korlátozni tudjuk hatókörüket, majd megkezdeni visszaszorításukat?

E személyes kezdeményezések (Juhász Pál, Kun Miklós és mások), illetve a már említett viták, tanulmányok és könyvek hatása és a nyomukban született felismerések vezettek oda, hogy az 1970-es évek végén a kormány Tudománypolitikai Bizottsága megbízást adott egy középtávú kutatási program kidolgozására: kezdődjék el – hazánkban először – *a társadalmi beilleszkedési zavarok komplex, interdiszciplináris kutatása*.

E döntés értelmében s a megfelelő szervezeti keretek létrehozása után, 1981 folyamán hat átfogó témakörben – s közel 40 résztémában – vezető szakemberek irányításával elkezdődtek a kutatások. Ezek a témakörök (kutatási alirányok) s vezetőik az alábbiak: öngyilkosság (Ozsváth Károly), bűnözés (Gödöny József), alkoholizmus (Simek Zsófia), nem organikus eredetű mentális betegségek (Juhász Pál, majd halála után Pethő Bertalan), a korai szocializációs zavarok mint a későbbi deviáns magatartás előzményei (Illyés Sándor), az ország felnőtt lakosságát képviselő vizsgálati minta elemzése, módszertani munkálatok (Szakács Ferenc).

Az eddigiek alapján bízvást remélhető, hogy ezek a – jórészt az alapkutatások körébe tartozó – vizsgálódások 1985 végére mind újszerű elméleti és tör-

téneti-szociológiai felismerésekkel, mind pedig a gyakorlati munka új formáival, modelljeivel (pl. öngyilkos- és alkoholistagondozás, krízisintervenciós formák és intézmények, család- és gyermekvédelmi eljárások, eredményesebb reszocializációs módszerek) gyarapítják majd tudásunkat és gyakorlati eszköztárunkat. Így a maguk módján hozzájárulhatnak a legfontosabb tennivaló megoldásához: a deviációs jelenségek megelőzéséhez és fokozatos korlátozásához.

A munkálatok irányítására, amiként ez hasonló esetekben lenni szokott, Koordináló Tanács alakult, amely kezdetben a kutatás megalapozásában s a kutatási tervek kidolgozásában nem avuló érdemeket szerzett Központi Statisztikai Hivatal (Szabady Egon, Barta Barnabás), majd 1983-tól az MTA Pszichológiai Intézetének bázisán működött.

A kutatásoknak azonban megvan a maguk megfontolt ritmusa s elkerülhetetlen részlegessége. A *gyakorlati cselekvés kényszerei* olykor – mint ebben az esetben is – sürgetőbbek lehetnek, mint a kutatások logikájából eredő lehetőségek. Egyébként is, mint említettem, már a korábbi években is igen sok ismeret és tapasztalat halmozódott fel a hazai beilleszkedési zavarokról, ám ezek nélkülözték az összegező elemzést és áttekintést, főként pedig egy offenzív és nyílt cselekvési program kidolgozását, amely a tenni akaró társadalmi erők segítségére siethet, orientálhatja munkájukat, vállalkozásaikat.

Ezért a kutatások megindulásával egyidőben s velük párhuzamosan elkezdte munkáját egy 31 tagú Tudományos Tanács is, amelynek tagjai az érintett és érdekelt szaktudományok képviselői közül kerültek ki: a történettudománytól a pszichológiáig, a szociológiától a pszichiátriáig, a pedagógiától a kriminológiai tudományokig.

Hazánkban alighanem először dolgozott és töprengett együtt egy ilyen széles szakmai arculatú, valóban komplex elemzésre képes szakértői testület. A Tanács azt kapta feladatául, hogy viszonylag rövid idő alatt, 1983 végéig gondosan tekintse át a hazai tényeket és folyamatokat, a rendelkezésre álló előzményeket, a nemzetközi kutatásokat és tapasztalatokat, s mindennek alapján terjessze elő következtetéseit és javaslatait. Vagyis ne új „kutatásokat" kezdjen, bár vegyen tekintetbe minden rendelkezésre álló adatot, hanem felelősen gondolkodjék és elemezzen, mérlegeljen minden szóba jöhető társadalmi cselekvési irányt és esélyt. Munkájának eredményeként pedig szülessék egy *szakértői jelentés.*

Nos, némi rövidítéssel s a lényeget nem érintő módosításokkal e jelentés szövegét tartja a kezében az olvasó. Hadd fűzzem még hozzá, hogy a Tudományos Tanács közel 100 szakértői tanulmányra, bibliográfiai elemzésre, az eddigi hazai viták s a bennük született javaslatok áttekintésére támaszkodott munkálatai során, s minden lehetséges alkalommal figyelembe vette a fentebb jellemzett kutatások előzetes eredményeit is.

A szakértői jelentést az elmúlt év folyamán megvitatta és jóváhagyóan tudomásul vette a Tudománypolitikai Bizottság Társadalomtudományi Koordinációs Bizottsága, valamint az MSZMP Központi Bizottságának Művelődéspolitikai Munkaközössége. E testületek – egyebek mellett – az összes érintett állami és társadalmi szervek figyelmét felhívták a javaslatok mérlegelésére és a gyakorlati munkában való folyamatos érvényesítésükre.

Az elmondottakból bizonyára kellően kiviláglik: az olvasó olyan írást tart a kezében, amely minden tekintetben *kollektív erőfeszítés, közös szellemi munka,* sok és olykor kiélezett – bár mindig jóízű – vita gyümölcse. E munka a benne részt vevők számára nem kis benső megelégedéssel járt, hiszen a feladat az *állampolgári felelősség* leckéje is volt, nem csupán szakemberi minőségükben tartott igényt a résztvevőkre.

A végső megfogalmazás, majd a szerkesztői munkálatok tollát ugyan egy-egy kéz vezette, de a könyv a szó legteljesebb értelmében *kollektív munka.* E tényt csupán úgy tudjuk rögzíteni, hogy kötetünk végén közöljük a Tudományos Tanács tagjainak s a számára szakértői elemzéseket író szerzőknek a nevét.

Bár a jelentés az eddigi vitákban általában kedvező fogadtatásra talált, semmiképpen sem tekinthető végső szónak. Inkább olyan *kiindulópontnak,* amely új kérdésfeltevéseket, további kutatásokat serkenthet, cselekvésre késztethet. Az új tapasztalatok fényében azután sok megállapítása és javaslata pontosabbá tehető, vagy akár el is vethető. Ekkor is érdeme marad azonban, hogy egy szakértői kollektíva gondolatait, erőfeszítéseit felkínálta a társadalmi cselekvés erőinek, s mintegy katalizátorává vált a társadalmunk egynémely aggasztó jelensége feletti közös töprengésnek.

A jelentés adatszerűen általában 1983 végéig követi nyomon a fejleményeket. A későbbi időszak rendelkezésünkre álló adatai azonban ugyanazokat a tendenciákat tükrözik, mint amelyeket a korábbi évek adataira támaszkodó elemzések sugallnak. A bűnözés nyugtalanító jellemzői tovább erősödtek; az öngyilkosságok száma sem csökkent; a fiatalkori veszélyeztetettség köre változatlanul aggasztó. A kevésbé pontosan „mérhető" jelenségek – mint az alkoholizmus és a társadalmi-társas eredetű neurózisok – állapota ugyancsak nem jelez biztató irányú változásokat.

A társadalmi beilleszkedési zavarok vizsgálata s a velük kapcsolatos javaslatok kidolgozása szerencsés módon találkozott a *hazai szociálpolitika megújítására tett erőfeszítésekkel,* az új szociálpolitikai koncepció akadémiai (Szociológiai Intézet) kidolgozásával. Ez a körülmény azért vélhető kedvezőnek, mert végül is a beilleszkedési zavarok megelőzésének legfontosabb társadalmi eszköze a jó és korszerű szociálpolitika, jóllehet természetesen nem meríti ki a tennivalók teljes körét.

Bizonyára ennek a szerencsés találkozásnak, valamint az idevágó kérdések nyíltabb tárgyalásának, a közvélemény bevonásának kedvező fejleménye, hogy az utóbbi években *meggyorsultak a gyakorlati cselekvések* is. Örömmel könyvelhetjük el, hogy számos ponton újszerű kezdeményezések indultak el: családvédelmi tanácsok szerveződtek, és kísérleti jelleggel (két fővárosi kerületben és három megyében) családvédelmi központok létesülnek; krízisintervenciós részlegek alakultak, öngyilkosgondozási modell született Pécsett; új elemek láthatók az alkoholizmus elleni küzdelemben; biztató és elterjeszthető eredményeket hozott a Hajdú megyei átfogó gyermekvédelmi-családgondozási vállalkozás.

Különösen örvendetes azt látni, hogy mily sok fiatal és idősebb, de egyaránt „megszállott" szakember, milyen sokfajta társadalmi erő – egyebek közt a hazai egyházaké is – kínálja fel önmagát és lehetőségeit az itt olvasható javaslatok

megvalósításának céljaira. Csak képesek legyünk serkenteni és fenntartani ezt a szellemet s megóvni a „kincstári" elbürokratizálódás ártalmaitól, a kicsinyes és aggályoskodó gyámkodástól! Mert most már valóban arra kell ügyelnünk, hogy a mégoly alapos, kritikus helyzetvizsgáló elemzések és a vitatkozó szavak egy tál lencséjéért el ne adjuk a *cselekvés* mindenkori elsőszülöttségi jogát!

A kötet fejezeteit – az említett közös munkára, vitákra és tanulmányokra támaszkodva, de az egyes gondolatokat immár személyekre szét nem osztható módon – végső formába öntötték: Andorka Rudolf, Buda Béla, Donga Katalin, Kolozsi Béla, Moksony Ferenc, Münnich Iván, Pataki Ferenc.

*Pataki Ferenc*
a Tudományos Tanács elnöke

Az egyes fejezetek végső változatának felelős megfogalmazói: Bevezetés. A beilleszkedési zavarok társadalmi kezelésmódjáról – *Pataki Ferenc;* A jelenlegi helyzet és a hosszú távú tendenciák a magyar társadalomban – *Andorka Rudolf;* A társadalmi beilleszkedési zavarok értelmezési keretei (*Andorka Rudolf* és *Kolozsi Béla* anyagából) – *Moksony Ferenc;* Javaslatok a társadalmi makrofolyamatok befolyásolására – *Pataki Ferenc;* Javaslatok a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzésének alapintézmény-rendszerére. Javaslatok a szocializáló „műhelyek" működését továbbfejlesztő intézkedésekre. Javaslat a családgondozó állomások hálózatának kialakítására. Javaslatok a mentális egészségügyi alapellátás intézményeire – *Münnich Iván;* Javaslatok a szakemberképzésre – *Donga Katalin;* Javaslatok a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem komplex intézményrendszerének működésére – *György István;* Javaslatok a neurózis és öngyilkosság visszaszorítására – *Kolozsi Béla;* Javaslatok a kriminális beilleszkedési zavarok visszaszorítására – *Münnich Iván;* Javaslatok az alkoholizmus gyógyítására és visszaszorítására – *Andorka Rudolf;* Javaslatok a tudományos kutatás fejlesztésére – *Pataki Ferenc;* A társadalmi beilleszkedési zavarok visszaszorításának és megelőzésének külföldi tapasztalatai – *Buda Béla;* Példák külföldi országok gyakorlatából. Az öngyilkosság – *Moksony Ferenc;* A bűnözés – *Vág András;* Az alkoholizmus – *Moksony Ferenc;* A pszichiátriai ellátás (mentális egészségügyi hálózat) – *Moksony Ferenc;* Család- és házasságvédelem – *Moksony Ferenc.*

# Bevezetés

Az 1960-as évek elejétől, majd különösen erőteljesen az 1970-es évek közepétől kezdve a társadalmi beilleszkedési zavarok (a továbbiakban tbz) összefoglaló elnevezéssel számon tartott jelenségkör (öngyilkosság, bűnözés, alkoholizmus, mentális zavarok, valamint – mindezek előzményeként – a gyermek- és ifjúkori veszélyeztetettség), heves és hullámzó vitákkal kísérve, mindinkább *a társadalmi közfigyelem és közérdeklődés előterébe került.* Ez nyomon követhető volt mind az állami és a társadalmi intézmények tevékenységében, a tudományos kutatás kérdésfeltevéseiben és erőfeszítéseiben, mind pedig a publicisztikában, a szociográfiai írásokban, sőt az irodalomban és a filmművészetben is.

A társadalmi közfigyelem teljességgel *érthető és jogosult.* Ennek alátámasztására hadd mutassuk be már elöljáróban – egyelőre árnyaltabb elemzés nélkül – az *alapvető tényeket.*

Hazánkban 1950 és 1982 között – tehát viszonylag rövid történeti időszak alatt – több mint kétszeresére növekedett a halálos kimenetelű *öngyilkosságok* száma, s 1983-ban megközelítette az 5000-et. Becslések szerint e számnak mintegy ötszörösére tehetők az évenkénti öngyilkossági kísérletek.

Az ismertté vált *bűncselekmények* száma – egy alapjában véve stagnáló időszak után – 1980-tól kezdve emelkedni kezdett, s 1982-ben 3,6%-kal több bűncselekmény vált ismertté (139 795), mint az előző évben.

A nyugtalanságra okot adó fejlemények elsősorban abból erednek, hogy *a bűnözés minőségi dinamikájában* is újszerű vonások rajzolódnak ki: nő a betöréses lopások és a rablások részaránya; növekvő tendenciát mutat a gyermekek és a fiatalkorúak kriminalitása, valamint a cigányok bűnelkövetése. 1983 első háromnegyed évében az előző év azonos időszakához képest 22%-kal nőtt a fiatalkorú bűnelkövetők száma; erre a korábbi 18 év alatt nem volt példa. Változatlanul aggasztó a visszaeső bűnözők aránya; nőtt a csavargó, peremre szoruló vagy oda húzódó s a bűnözés táptalajául szolgáló antiszociális csoportok (pl. prostituáltak, munkakerülők stb.) száma. Bár mértékadó elemzések nem állnak rendelkezésre, egyes becslések az ismertté vált bűncselekmények mintegy 20—50%-ára teszik az ún. latens bűnözést, vagyis azoknak a – jobbára kisebb jelentőségű – bűncselekményeknek a számát, amelyeket a lakosság ilyen vagy olyan okok miatt nem jelez, s így azok nem válnak ismertté és hozzáférhetővé a bűnüldöző szervek számára, viszont társadalmi visszhang kíséri azokat. Számos jel szerint változatlanul széles a különféle korrupciós visszaélések köre.

A hazai *alkoholfogyasztás* adatai közismertek. Ennek nyomán a mértékadó elemzések 300 000 körülire teszik a súlyos alkoholisták számát, s mintegy fél-

millióra azokét, akiknek egészségében, életvitelében és közvetlen környezetében többé-kevésbé nyomasztó nehézségeket és károkat okoz az alkohol. Az alkoholizmus hatásai egyértelműen lecsapódnak a bűnözésben, az öngyilkosságban, a családok felbomlásának tüneteiben (s így a gyermekkori veszélyeztetettségben), valamint a mindennapi életvitel konfliktusaiban, a hétköznapi brutalitásban és önpusztító magatartásban (vízbefúlás, közlekedési balesetek stb.).

Az elmúlt évben megközelítette a 3000-et azoknak a jobbára fiatal embereknek a száma, akik orvosi segítségért folyamodtak, hogy megszabaduljanak a *kábítószer-függőségüktől.* Tapasztalati alapon mintegy 25 000–30 000-re tehető azok száma, akik a kábítószer-fogyasztással (vagy a megfelelő „pótszerekkel") valamiképpen – rendszeresen vagy alkalmilag – kapcsolatba kerültek. Az elmúlt öt évben kb. 30 haláleset hátterében világosan és közvetlenül kimutatható a kábítószerek oki hatása.

Sokrétűsége és bizonytalan határai miatt adatszerűen a legkevésbé megfogható és dokumentálható a nem szomatikus eredetű, vagyis a *társas-társadalmi okokra* visszavezethető *mentális zavarok* számának növekedése. A betegforgalmi adatok és a hétköznapi tapasztalatok azonban egyértelműen arra utalnak, hogy itt is növekvő tendenciával kell számolnunk. A mentális zavarok az esetek jelentős részében elvezetnek a tbz súlyosabb formáihoz is, főképpen az öngyilkossághoz, az alkoholizmushoz vagy a drogfogyasztáshoz.

Míg 1972-ben a gyámhatóságok és az iskolák 74 000 *veszélyeztetett fiatalkorút* tartottak nyilván, addig 1982-re ez a szám meghaladta a 120 000-et. Az adatok lehetséges átfedései ellenére is e számnak legalábbis a kétszerese tekinthető reálisnak, főként akkor, ha figyelembe vesszük a nyilvántartó intézmények és szervezetek látóhatárán kívül került *14–18 éves korosztályt* is. Mindenesetre a gyámhatósági ügyforgalmi adatok szerint 1980 és 1982 között 23 908-ról 30 300-ra nőtt az ún. veszélyeztető családok száma.

Csaknem minden adat arra utal tehát, hogy *a hetvenes és a nyolcvanas évtized fordulóján meggyorsult a kedvezőtlen folyamatok dinamikája,* s láthatóbbá, kézzelfoghatóbbá váltak a különféle tbz-formák együttjárásai és egybekapcsolódásai. Mindenképpen óvakodnunk kell azonban attól, hogy a fenti – előzetesen előrebocsátott – adatokat összegezhetőeknek véljük. *A jelenségek számos ponton* – de ma még mennyiségileg meg nem ragadható módon – *átfedik egymást: egyazon személy alkoholistaként, bűnözőként és veszélyeztető szülőként is felbukkanhat a statisztikai adatokban és nyilvántartásokban.*

A tbz – közvetlenül vagy közvetve, hatásai révén – a társadalom szinte valamennyi rétegét és csoportját érinti, s ezért erőteljesen foglalkoztatja a közvéleményt. A kriminalitás szerkezeti változásai (pl. az erőszakos cselekmények arányának növekedése vagy a vagyon elleni bűncselekmények szaporodása) az egész társadalomban növelik a fenyegetettség érzetét, és felerősítik a kedvezőtlen hangulatokat. A növekvő alkoholizmus demoralizáló hatása széles körben gyűrűzik. Köztudott, hogy az öngyilkosságnak rendkívül erőteljes követésre indító ereje van, s előfordulása a közvetlen környezetre vagy meghatározott körökre, társadalmi csoportokra (pl. művészekre, írókra vagy a fiatalokra) nagy

„felszólító erővel" hat, utánzásra késztet, mivel konfliktusmegoldási mintát kínál.

Ezek a hatások eltérő módon érintik a társadalom különböző rétegeit és csoportjait. Részletesen vizsgáljuk majd a tbz rétegspecifikus megjelenési módjait, általános tendenciaként azonban már most rögzíthetjük, hogy minél inkább halmozódnak valamely társadalmi csoportban a hátrányok, a diszkriminációs jelenségek, tagjai annál nagyobb „fogékonyságot" mutatnak a tbz valamely formája vagy azok sajátos együttjárása iránt. Mindenesetre a tbz különféle hatásai – bár pontosan nem mérhetők, sőt felbecsülni is nehéz őket – elvileg jóval szélesebb társadalmi szférákat fognak át, mint a statisztikai adatokkal mérhető kiterjedésük. A tbz tehát nem részleges, korlátozott jelenség, hanem minden ízében *átfogó társadalmi probléma* – e kifejezés legteljesebb és leggazdagabb jelentésében. Ezért biztonságos kezelése, értelmezése és megoldása is csak egy átfogó, tudományosan megalapozott *társadalompolitika* keretében gondolható át.

Ez a – rendkívül általános formában fogalmazott – felismerés szolgált indítékul ahhoz, hogy hosszas és sokfajta kétséggel párosult előkészítő munkálat után 1980 végére alakot öltött a tbz módszeres vizsgálatára és a megfelelő, *hosszú távú társadalmi cselekvési irányok* kidolgozására rendelt tárca szintű kutatási program.

Az alábbiakban e program Tudományos Tanácsának hároméves folyamatos munkájában, elemző vizsgálódásaiban kialakult megállapításokat és javaslatokat, cselekvési programokat foglaljuk össze. E vizsgálódások és javaslatok a rendelkezésre álló hazai és nemzetközi kutatási eredményekre, tapasztalatokra, széles körű szakértői elemzésekre, kollektív vitákra támaszkodnak. Emellett figyelembe vették az elmúlt két évtized hazai közéleti vitáit, publicisztikai reflexióit, az ezekben felmerült elgondolásokat és javaslatokat, továbbá az érintett szaktárcák dokumentumait, statisztikai és egyéb anyagait.

A tbz körébe vonható jelenségek meghatározásának és okainak kérdései mindmáig heves viták és különféle megközelítések tárgyai a jelenkori tudományos irodalomban. Egyebek közt már *a jelenségkör tartalmának a meghatározása* is nézeteltérésekre ad okot. Számos esetben a prostitúciót, a csavargást, a válásokat, bizonyos szexuális rendellenességeket (pl. a homoszexualitást) is a tbz megnyilvánulásainak tekintik, s nem is alap nélkül. Más esetekben a „pozitív deviancia" – vagyis az elfogadott normáktól kreatív, alkotó-újító módon eltérő magatartás – értelmezése körül lobbannak fel a viták.

E viták és a definíciós nehézségek áttekintésére nem vállalkozhatunk. „A tbz értelmezési keretei" című fejezetben viszont tömören összefoglaljuk mindazt, amit jelenleg elmondhatunk tudományos értelmezésének eredményeiről, a legfontosabb magyarázó modellekről. Emellett felhívjuk az olvasó figyelmét arra a tanulmánykötetre, amely összegezte a főirány előkészítő munkálatainak legfontosabb elméleti és módszertani következtetéseit. (Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarok köréből. Statisztikai Kiadó 1980.)

Elemzéseink során módszeresen figyelembe vettük ugyan a hazai és a nemzetközi kutatások eredményeit, de lényegében véve *tapasztalati kiindulópontot* választottunk, amikor megszabtuk, mely hazai beilleszkedési zavarokkal foglal-

kozzunk részletesen. A legfontosabb támpontunk annak mérlegelése volt: melyek azok a tbz-formák, amelyek minden kétséget kizáróan *tömegesen előforduló társadalmi jelenségnek* ítélhetők hazánkban. Így alakult ki a vizsgálat köre: az öngyilkosság, a bűnözés, az alkoholizmus, a mentális zavarok(neurózisok), illetve a gyermek- és fiatalkori veszélyeztetettség. A többé-kevésbé súlyos társadalmi problémákat előidéző *tömegesség* ténye mellett mindezekben az esetekben jelen van két további mozzanat: az érvényes, viszonylag széles körű társadalmi egyetértéssel elfogadott (bár gyakorta vitatott) *társadalmi normák megsértése*, valamint maguknak *az érintett személyeknek és/vagy a széles értelemben vett társadalmi javaknak okozott kár*.

A képet tovább bonyolítja az a körülmény, hogy az érintett egyének meghatározott része maga nem éli át beilleszkedési zavarként személyes helyzetét; nincs tudatában a reá vonatkozó társadalmi minősítésnek és értékítéletnek. Mi több, olykor egyenesen „otthonosan" érzi magát egy-egy sajátos (pl. bűnöző, „csöves", alkoholista) szubkultúrában, amely – szubjektív élményei, tapasztalatai szintjén – jól integrálja és szilárd személyes kapcsolatok hálózatába illeszti őt. Az e tényből eredő nehézségekkel mindig számolnunk kell.

# A beilleszkedési zavarok társadalmi kezelésmódjáról

Az alábbi elemzések és fejtegetések elkerülhetetlenül egy sajátos – korlátozott és szükségképpen egyoldalú – látásmóddal közelítenek a mai magyar valósághoz. Olyan folyamatokat és fejleményeket vizsgálnak, amelyekkel nincs okunk büszkélkedni, s amelyek mintegy a „hátsó udvar" felől nyitnak rálátást e valóságra. De nyomatékosan le szeretnénk szögezni: már eddig is kárt okozott, és hosszú távon még inkább súlyos politikai és erkölcsi kárt okoz az a szemlélet, amely a tbz jelenségeiben takargatni és elkendőzni való társadalmi tényt lát, s nem néz szembe határozottan azzal, hogy *minden fejlődő és modernizálódó társadalomnak meg kell tanulnia tartósan „együtt élni" e zavarokkal.* Éspedig úgy, hogy a társadalmi tervezés és irányítás szervei az elérhető legnagyobb pontossággal képesek legyenek áttekinteni létrejöttük, újratermelődésük és fennmaradásuk történeti és aktuális okait, hátterét, valamint hogy ki tudják alakítani higgadt társadalmi kezelésük és végső soron energikus korlátozásuk hosszú távú stratégiáját.

E zavarok tartós fennmaradása és társadalmi újratermelődése, mi több, egyes esetekben (öngyilkosság, alkoholizmus, gyermekkori veszélyeztetettség) egyenesvonalú növekedése sok tekintetben *váratlanul és felkészületlenül* érte társadalmunkat. Ezzel is magyarázható, hogy mindmáig nem született *egységes és átfogó elgondolás* a tbz perspektivikus kezelésmódjáról. Intézményrendszerünk elkerülhetetlen modernizálása e tekintetben is elmaradt a valóság kényszerítő erejű, sürgető igényeitől.

Gyakorlatunkban mindeddig inkább az *utólagos reagálás,* a már kifejlett eseményekre adott – s nem ritkán elkésett és spontán – válaszok, a tudományos alapvetést nélkülöző rögtönzések, alkalmi és elkülönült beavatkozások érvényesültek, s jóval kevésbé a *széles körű megelőzés* és a hatásos korrekció. Hazánkban ugyan kiépült egy – a tbz kezelésére hivatott – szerteágazó intézményrendszer, s számba vehető eredményeket hozott a megelőzést célzó, majd szankcionáló, illetve nevelő-átnevelő és reszocializáló gyakorlati tevékenység. A fejlemények azonban ma már túlnőni látszanak a jelenlegi intézményes keretek lehetőségein, s határozott és gyökeresen újszerű intézkedéseket, sok tekintetben újfajta szemléletet követelnek.

A legutóbbi évek tényei és adatai ugyanis arra vallanak, hogy e rendszerben legalábbis működési zavarok vannak: az intézmények és szervezetek gyakorta szétforgácsoltak, és sok közöttük az illeszkedési hiány; a rendelkezésre álló anyagi eszközök felhasználása nem kellően koncentrált és hatékony; az intézmények munkájának színvonalában és eredményességében sok a fogyatékos-

ság; a széles társadalmi közvélemény nem kielégítően tájékozott, gyakorta aggodalmaskodó, tanácstalan; a társadalmi és helyi kezdeményezés és önsegély különböző formái nem bontakoznak ki kellő mértékben.

Ha e tények mélyebben fekvő okait keressük, rámutathatunk néhány fontos *szemléleti kiindulópontra,* amelyek hosszú időn keresztül befolyásolták gyakorlatunkat. Ezek a megfontolások egyúttal elemző és javaslatalakító munkánk *általános elvi kereteit* is megszabják.

1. *A szocialista társadalomirányítási gyakorlat* – mint néhány más esetben – *ezúttal is saját optimisztikus előfeltevéseinek és illúzióinak foglya lett.* Ismeretes, hogy korábban – részben hallgatólagosan, részben világosan megfogalmazva – feltételeztük, hogy a tulajdon- és hatalmi viszonyok gyökeres átalakítása, majd a társadalom anyagi létfeltételeinek gyors javulása és kulturális színvonalának folyamatos emelkedése egyenes vonalú *következményként* elvezet a nemkívánatos társadalmi jelenségek (szegénység, szociális elesettség, beilleszkedési zavarok stb.) hatókörének szűküléséhez, majd felszámolódásához.

Ez nem csupán azért volt naiv és leegyszerűsített képzet, mert módfelett egyszerű, durva sémákban, történeti „ár" és szükségszerű negatív tendenciák nélkül gondolta el a társadalmi viszonyok forradalmi átalakulásának menetét, és mert túlságosan rövidre szabta ütemét. Azért is illúziók terhelték, mert figyelmen kívül hagyta mind a nemzeti történelem messzire nyúló tradícióit, mind a nemzetközi környezet hatásait, a világ – legalábbis kommunikációs rendszerében – egyre erőteljesebb integrálódásának és egységesülésének szükségszerű hazai következményeit.

Emellett arra is hajlott, hogy a „múlt örökségének és maradványainak" pusztán negatív jellegű, a szó eredeti értelmében vett „destruktív" felbomlasztását *önmagában véve* pozitív vívmányként szemlélje, tekintet nélkül arra, hogy vajon felépülnek-e helyükön új értékek, új és érvényességüket kivívó társadalmi viselkedésszabályozó normarendszerek.

Az *„automatizmusok" naiv képzete* ugyan már elveszítette szilárd pozícióit, mi több, módszeres bírálatban részesült, de ebből nem mindig vontuk le a szükséges gyakorlati és intézményes következtetéseket.

2. A tbz tartós fennmaradása és növekedése azért is némiképp váratlanul ért bennünket, mert *immár egy közel három évtizedes konszolidált, anyagi és szellemi gyarapodásban gazdag, a mindenirányú társadalmi nyitottság növekedésével járó korszak áll mögöttünk.* Ennek az időszaknak alapvető pozitív vonásai elfedték azt a tényt, hogy a kedvező és szocialista tartalmú társadalmi folyamatok (a heves területi és strukturális mobilitás; az anyagi gyarapodás; a nemzetközi kapcsolatok és érintkezések kibővülése; a kiszolgáltatottság és fenyegetettség élményének enyhülése; az új s a múlthoz közvetlen élményekkel nem kötődő nemzedékek belépése; az iskolázottság kiterjeszkedése s a tanulóifjúság létszámnövekedése; az urbanizálódás előrehaladása) fonákjaként s velük szorosan egybekapcsolódva – mintegy az értük fizetett „árként" – negatív jelenségek is lábra kaptak, s igen gyakran beletorkollottak az *erős hazai hagyományokkal rendelkező beilleszkedési zavarformákba,* antiszociális vagy önpusztító viselkedésmódokba (kriminalitás, alkoholizmus, öngyilkosság).

Az adatok elemzése nyomán az a benyomás alakulhat ki a figyelmes szem-

lélőben, mintha az egyén is *„védtelenebbé" és kiszolgáltatottabbá vált* volna ezek „csábításaival" vagy kényszereivel szemben, mintha – később alaposabban elemezendő – külső és belső okok miatt, elegendő „ellenálló erő" híján könnyebben átadná magát hatásuknak. Azok a kevésbé szembeötlő, de gyakorta vitatott jelenségek, amelyek *az egyén társadalmi begyökerezettségének meggyöngüléséről* tanúskodnak, kellően alátámaszthatják ezt az általános feltevést.

Fontosnak ítéljük annak leszögezését is, hogy részben a jogi szabályozás működési zavarai, részben a hiánygazdaság viszonyai miatt a lakosság körében, sőt az intézmények és a szervezetek életében is tömeges tapasztalássá vált az *alegalitás* valamilyen foka, éspedig a sikeres alegalitásé.

3. Szemléleti zavarokat okozott az a körülmény is, hogy *a tbz jelenségeit általában egymástól elszigetelve kezeltük.* Hol az alkoholizmus alakulása borzolta fel a kedélyeket, s vált viták, indulatok és javaslatok kiindulópontjává. Máskor inkább az öngyilkosságok aggasztó tendenciájára vagy a neurózisokra, ismét máskor a gyermekvédelem dilemmáira terelődött a figyelem. Jórészt ennek az eljárásnak a következménye lett az, hogy az egyes funkcionális intézményrendszerek túlzottan elkülönültek egymástól, *túlságosan is önállósult eljárási rész-stratégiák alakultak ki,* amelyek azonban rendszerint a már megnyilvánult zavart rögzítették és kívánták *utólag* korlátozni.

A tbz társadalmi kezelésmódja csak akkor lehet eredményes, ha nem csupán a kifejlett *végállapotokat* óhajtja befolyásolni, hanem az *előállási folyamat* korai szakaszaiban igyekszik beavatkozni. Ha egyszerre *védi* is az állampolgárokat a tbz-től, s ugyanakkor *kezelni, gyógyítani vagy reszocializálni* is képes annak áldozatait.

Vitathatatlan és elvi természetű kiindulópontnak tekinthetjük, hogy a tbz genezise csaknem minden esetben visszanyúlik a *személyiségfejlődés korai szakaszaiba* (a még lehetséges prevenció időszakába), s csak később – a körülményektől és a személy diszpozícióitól (olykor vele született „sérülékenységétől"), „ellenálló erejétől" és akaraterejétől függően – fejlődik ki határozott beilleszkedési zavarformává vagy azok sajátos kombinációjává. Ebből szükségszerűen következik, hogy az eredménnyel kecsegtető, hosszú távú cselekvési stratégiának a *korai megelőzés komplex* (szociálpolitikai, pedagógiai, család- és ifjúságpolitikai) *tennivalóira* kell összpontosítania erőfeszítéseit.

Ez a gondolkodásmód azt igényli, hogy *a zavarokat kialakulásukban, genetikus szemlélettel és egységes logikával közelítsük meg.* Csak így lehet meglelni azokat az illeszkedési pontokat is, amelyek ezt a rendszert a társadalomirányítás és a társadalmi beavatkozás más szféráihoz fűzik, különösen *a szociálpolitikához, a jogi és igazságügyi,* valamint *az egészségügyi intézményrendszerhez, az iskolaügyhöz és a gazdasági szabályozáshoz.*

Az érintett összefüggésben elengedhetetlen az is, hogy a tbz kezelésében – miközben következetesen racionális, oksági magyarázatra törekszünk – *elkerüljük a rövidre zárt, közvetlen oksági modelleket,* amelyek egyetlen vagy néhány esetleges tényezővel kívánják magyarázni előállását s oly sokarcú megjelenési módjait. A tbz jelenlegi képét mélyrenyúló történeti-tradicionális tényezők is meghatározzák. A mai alkoholizmus előzményeként ott kell látnunk a hagyományos ivási szokásokat, az öngyilkossági adatok mögött a Monarchia

korának magas öngyilkossági gyakoriságát. De a szervezett alvilág jelentkezése sem érthető meg a hagyományozódó minták híján, bár ebben közrejátszanak a jelenkori külföldi ösztönzések is.

Magát a *társadalmi egyént* – helyzetét, társadalmi pozícióját, kilátásait és szorongásait, kiszolgáltatottságait – is úgy kell szemlélnünk, mint aki *fontos és önálló tényezője* a tbz előállásának, jóllehet ma még nem ismerjük maradéktalanul ennek finomabb társadalmi és pszichológiai mechanizmusait. Bizonyos azonban, hogy a tbz megelőzésének egyszerre kell folynia mind a többé vagy kevésbé átfogó társadalmi folyamatok szabályozása-befolyásolása, mind pedig az egyén támogatása, a neki nyújtott humánszolgáltatások szintjén.

Nem kevésbé fontos, hogy ne engedjünk teret az *irracionális* vagy túlságosan elvont-spekulatív, retorikus, gyakorta egyszerűen *tendenciózus magyarázó elveknek*, amelyek rendszerint egyetlen vagy néhány felettébb általános – olykor inkább ideologikus – tényezővel kívánják magyarázni és értelmezni a tényeket (a „nemzeti életerő" kimerülése; a „nemzethalál" képzete; a fatalisztikus történeti meghatározottság hiedelme; a „hadd lám, Uramisten, mire megyünk ketten" hangulatú „nemzetkarakterológiai" indoklások az önpusztító és önsorsrontó tendenciák magyarázataként).

Miközben élesen és határozottan el kell különíteni szemléletmódunkat az *elvont „társadalomkritikai" ihletésű, tendenciózus magyarázó modellektől*, egyúttal tudatában kell lennünk annak is, hogy a tbz közvetlen, rövid távú és aktuális okságai magyarázata nem nyújt lehetőséget arra, hogy a vizsgált jelenségek közvetettebb, történetileg és társadalmilag mélyebben fekvő, nehezebben megragadható oki tényezőit számba tudjuk venni. S itt nem csupán a már említett történeti, valamint a jelenkori nemzetközi mintákról, tradíciókról eshet szó.

Aligha vitatható, hogy olyan társadalmi jellegzetességek, mint a közmorál és a társadalmi közhangulat tartós állapota, a jövőt érintő elképzelések, az egyéni és társadalmi perspektívák kifejezettsége és világossága vagy éppenséggel ezek hiánya, a társadalmi méltányosság és igazságosság tömegesen megtapasztalt élménye, a nemzeti lét állapotának ilyen vagy olyan átélése, a szélesen értelmezett társadalompedagógia (az emberrel való általános bánásmód, legyen szó akár iskoláról, munkahelyről, intézményekről vagy közéletről) az egyén és a társadalmi közösségek szintjén valamiképpen mind belejátszik azoknak a közvetítő mechanizmusoknak a működésébe, amelyek kedvezőtlen esetben elvezethetnek a tbz létrejöttéhez. Ebben az értelemben kellő komolysággal és felelősséggel kell viseltetnünk minden olyan megfontolás és kérdésfeltevés iránt, amely *racionális és a társadalmi irányítás számára megfogható módon* kísérli meg értelmezni a tbz valamely valóságos összefüggését.

4. Már az iménti megfontolások is jelzik, hogy *a tbz témája és társadalmi kezelésmódja minden vonatkozásban politikai összefüggésekbe ágyazódik*. Egyebek közt ez a körülmény teszi a kérdést oly neuralgikussá. Nem tagadván e politikai összefüggések fontosságát, úgy véljük, hogy *a kérdés tendenciózus „túlpolitizálása"* komolyan gátolhatja a valóságos és megbízható, folyamatos helyzetismeretet és a nyomában járó józan, megfontolt, nyugodt társadalmi cselekvést.

Sajnálatos módon ez a kedvezőtlen „túlpolitizálás" két – merőben különböző

– oldalról is kaphat ösztönzést, sőt a kettő kölcsönösen gerjesztheti egymást. A probléma magva, hogy *mi a kapcsolata a szocialista átalakulásnak és a beilleszkedési zavaroknak.* Mily mértékben *„felelős"* a hazánkban létező szocializmus e zavarok előállásáért? E kérdés – nyíltan vagy lappangó módon – szükségképpen felmerül.

A lehetséges válaszok egyik iránya a közvetlen, ok–okozati egybekapcsolásra épül, mondván, hogy ez a felelősség többé-kevésbé közvetlenül kimutatható. Ez a felfogás, amely rendszerint *„társadalomkritikai" vagy oppozíciós* keretbe illeszkedik, és effajta szándékokból táplálkozik, a tbz jelenségeiben (akárcsak a halmozottan hátrányos helyzetben, a szegénység tényeiben vagy a cigányság beilleszkedési problémáiban) alkalmas terepet és ürügyet talál arra, hogy a kérdést tisztán politikai összefüggésekbe rántsa.

Célszerű aláhúzni, hogy ez a „kritikai tendencia" a maga szemléletmódjában többirányú korlátozással és redukcióval él. Egyrészt hajlik arra, hogy mellőzze a történeti előzményeket, valamint a gyorsan fejlődő vagy a modern társadalmakban világszerte megfigyelhető beilleszkedési zavarokat, amelyek olykor a hazaiaknál is súlyosabb alakot öltenek (pl. a kriminalitás terén). Másrészt abból indul ki, hogy minden negatív tényező, ami a mai valóságunkban meglelhető, valamiképpen magának a szocialista átalakulásnak a *közvetlen* következménye, velejárója, mi több: szándékolt eredménye vagy – jobb esetben – melléfogásokból származó hibája.

Ez a felfogás szem elől téveszti, hogy a szocialista átalakulások medrében különböző jellegű és minőségű folyamatok kapcsolódnak össze: a szocialista átalakulás és fejlődés kívánt tényei, de az azokat kísérő konfliktusok is, továbbá a hazánkban megkésett polgári fejlődés következményei, az általános civilizációs előrehaladás velejárói, a társadalmi és politikai intézményrendszer változásai.

Meglehet, hogy – főként az említett átalakulások súlyosan konfliktuózus (ötvenes évek, 1956) jellege és rendkívül rövid időbeli lezajlása miatt – merőben különböző történeti léptékű és társadalmi minőségű folyamatok mindmáig egyedülálló, sajátos együtthatása jött létre hazánkban, s éppen ebből az általános helyzetből ered a tbz nyugtalanító állapota.

Az idevágó kérdések „túlpolitizálásához" akarva-akaratlanul hozzájárulhatnak azok a – gyakran az iménti felfogásra válaszként születő – *óvatoskodó, negligáló, elleplező vagy bagatellizáló eljárások is,* amelyek valójában hallgatólagosan átveszik az imént jellemzett álláspont alapvető előfeltevését: a tbz valamiképpen összekapcsolódik a szocialista átalakulással, ezért mintegy „kompromittálja" azt. Ezért – e felfogás szerint – célszerűbb óvatosan kezelni az idetartozó jelenségeket, s ha lehet, inkább ajánlatos lekicsinyelni társadalmi súlyukat és veszélyességüket.

Természetesen a tbz politikai felhangjai nem személyes tévedések és tendenciózus melléfogások eredményeként jönnek létre: a beilleszkedési zavarok *lényegüket illetően* hordoznak magukban vagy alkalomadtán öltenek magukra politikai összefüggéseket.

Határozottan le kell szögeznünk: *feltétlenül célszerű és kívánatos, hogy a tbz ne váljék a társadalmunkban lappangó, tisztán politikai jellegű feszültségek meg-*

*nyilatkozásának színterévé.* Csakis ebben az értelemben volna célszerű a lehetőségek szerint „depolitizálni" a kérdést.

Ez előfeltétele annak, hogy társadalmi kezelésük, megelőzésük és visszaszorításuk nyugodt, módszeres légkörben folyjék, elsősorban a *tudományos szakszerűségre támaszkodjék,* s korszerű, eredményesen, szakszerűen dolgozó intézményrendszer keretei közé illeszkedjék.

Mindehhez viszont az is elengedhetetlenül szükséges, hogy kialakítsuk *a társadalmi közvélemény folyamatos és körültekintő tájékoztatásának módjait,* egyebek közt azért is, mert csak e feltétel mellett remélhető a társadalmi öntevékenység és önsegély változatos és rugalmas formáinak kibontakozása. Enélkül, vagyis *az aktív társadalmi közvélemény működése és öntevékenysége* nélkül a szakszerű és hivatásos intézményrendszer sem működhet kellő hatékonysággal.

5. Ugyancsak szemléleti támpontként kívánjuk előrebocsátani azt is, hogy a tbz elleni társadalmi küzdelemben eredménnyel kecsegtető visszaszorítási stratégiát súlyosan veszélyeztetheti két hibás nézet: a *kampányszerűség* képzete, *illetve az irreális, gyors sikerekben reménykedő illuzionizmus* s a nyomában járó megalapozatlan célkitűzések.

Mint említettük, abból a vitathatatlannak ítélhető tényből indulunk ki, hogy a tbz sokfajta, történeti léptékű és különböző nagyságrendű okokra vezethető vissza. Emellett politikai összefüggésben is megragadható társadalmi jelenség, amellyel minden társadalomnak meg kell tanulnia tartósan, de „békétlenül" együtt élni. E tekintetben hatásaiban inkább visszájára fordul minden olyan hiedelem, amely abban reménykedik, hogy egyszeri (pl. antialkoholista, életvédelmi, gyermekvédelmi stb.) akciókkal és kampányokkal, esetleg még oly körültekintő határozatokkal gyorsan és rövid idő alatt látványos eredményeket érhetünk el.

Ha következetesen ragaszkodunk az *átfogó preventív szemléletmódhoz* s a tbz társadalmi kialakulásának genetikus felfogásához, csakis abból indulhatunk ki, hogy mind a társadalmunk kedvezőtlen és a tbz-vel oksági kapcsolatba vonható jelenségeinek korlátozása, mind a megfelelő intézményrendszer és társadalmi akciósor kialakítása, különösen az eredményes preventív (nevelési, gondozási, mentális egészségügyi stb.) rendszerek kísérleti kidolgozása és meghonosítása hosszú időt igényel. Hatása nem mutatkozhat meg azonnal és közvetlenül: a tények pedig nem ígérik a tbz spontán csökkenését. Sőt fejlődésünk jelenlegi feltételei és az újabb adatok határozottan arra utalnak, hogy további növekedési tendenciákkal kell számolnunk. Ezért vélekedünk úgy, hogy a megfelelő hosszú távú cselekvési stratégiának és a szükséges intézményrendszernek társadalmunk természetes és „normális" működéséhez tartozó szerves elemmé kell válnia. A fejlődő szocializmus belső lehetőségei, intézményeinek rugalmas alakíthatósága megkönnyítheti e helyzet létrejöttét.

A belátható időre csakis az tűzhető ki reális, közvetlen célként, hogy azt a *„többletdeviancia"-mennyiséget korlátozzuk és számoljuk fel* (illetve akadályozzuk meg létrejöttét), amelynek mértéke tulajdonképpen csak empirikusan becsülhető meg (éspedig más és más módon a különböző beilleszkedési zavarformákban), de amelyről *tapasztalatilag* tudjuk, hogy komolyan foglalkoztatja a közvéleményt, s gátolja a társadalom kiegyensúlyozott funkcionálását.

A „többletdeviancia" kifejezést itt inkább *szemléletes-gyakorlati* formulaként, mintsem módszeres összehasonlító vizsgálatok eredményein nyugvó tudományos fogalomként használjuk. Arra kívánunk vele utalni, hogy a hasonló társadalmi-gazdasági fejlettségű országokhoz képest néhány beilleszkedési zavar – elsősorban az öngyilkosság, az alkoholizmus és a fiatalkori veszélyeztetettség – minden jel szerint olyan „kritikus tömeget" ért el hazánkban, amely meghaladja a „normálisnak" ítélhető mértéket (pl. Ausztria, Jugoszlávia és Csehszlovákia hasonló adatait). E kifejezéssel egyúttal arra a – 1960-as évek eleje óta megfigyelhető – gyors növekedésre is rá kívánunk mutatni, amelynek mértéke valóban indokolatlan „többletnek" ítélhető. Hozzáfűzzük azonban: e „normalitás" pontos arányára nézve nem végeztünk számításokat, s tudomásunk szerint jelenleg ilyen adatok egyéb forrásokból sem állnak rendelkezésre. Ennélfogva a „többletdeviancia" kifejezéssel csupán arra utalunk, hogy az imént említett területekre célszerű összpontosítani a társadalmi erőfeszítéseket.

Ez az általános célkitűzés végül is nem jelent egyebet, mint a tbz szisztematikus, folyamatos – de egyúttal a leginkább nyugtalanító tényekre koncentráló – visszaszorítását, a prevenciós és a nevelő-átnevelő műveletek kiterjesztését, bizakodván abban, hogy az egyéb tényezők kedvező alakulása mellett e zavarok nem haladják majd meg *a társadalom számára elviselhető mértéket.*

De minden olyan hiedelem, amely úgy véli, hogy viszonylag rövid történeti időszak alatt kiiktathatók társadalmunkból a tbz jelenségei, csupán illúziók forrása lehet, s ezáltal gyengíti a határozott társadalmi cselekvés esélyeit. Ezen a ponton a kérdések már „világtörténeti" perspektívába illeszkednek, s végső soron érintik az ember természetére, lehetőségeire, társadalmi létezésének távlataira vonatkozó, filozófiai jellegű elképzeléseket is.

Itt pedig óvakodnunk kell attól, nehogy a marxizmus szemléletét – egyfajta erőszakolt és mesterkélt optimizmus alátámasztásaként – azonosítsuk a felvilágosodás *naiv optimizmusával,* az ember természettől való „eredendő jóságába" vetett ideologikus hiedelemmel. Ez ugyanis úgy vélte: elegendő az embert kedvező társadalmi körülmények közé helyezni, s társadalmi viselkedése *automatikusan* – minden egyénre kiterjedően – a benne lappangó „eredendő pozitív késztetéseknek" megfelelően alakul.

A szocialista fejlődés kezdeti korszaka – elsősorban az „automatizmusok" hallgatólagos vagy nyílt elfogadásának eredményeképpen – gyakorta egy effajta „felvilágosult optimizmusból" indult ki. S mivel ez nem minden vonatkozásban igazolódott, eljárásai egyrészt lépten-nyomon átcsaptak a türelmetlen kényszerítés (pl. jogi kényszerítés) formáiba, másrészt sok tekintetben védtelenné és tanácstalanná tették a nemkívánatos jelenségekkel szemben. Jórészt e körülményekkel volt magyarázható, hogy *társadalmunk nem „rendezkedett be" hosszú távra a tbz szisztematikus és folyamatos társadalmi kezelésére,* s bizonyos intézményeket felszámolt vagy meggyengített (népjólét, szociálpolitika, gyám- és gyermekvédelmi rendszer, a társadalmi önsegélyezés szervezetei).

Megjegyezzük azonban, hogy a *kampányszerűség* elleni tiltakozás nem zárja ki azt, hogy meghatározott időszakokban a tbz elleni küzdelem általános szemléletében időről időre ne emelkedjenek ki különösen időszerű eljárási elvek (pl.

nagyobb szigorúság a jogérvényesítésben és a szankcionálásban; egyértelműbb helyzet a nevelési ideológiánkban).

Azt még kevésbé akarjuk sugallni, hogy nem kerülhet sor koncentrált szervezeti és cselekvési lépésekre. Jelenleg – mint említettük – ilyennek ítélhető *a gyermekvédelem átfogó korszerűsítése* (beleértve a gyermek- és fiatalkorú kriminalitás visszaszorítását is), *az öngyilkosság és az alkoholizmus határozott csökkentésére tett intézkedések,* valamint – más összefüggésben – *a családgondozás és a megelőző mentális egészségügy korszerű rendszerének kiépítése.* Ilyen esetekben akár a kampányszerűség elemei is célravezetők lehetnek, ha a társadalmi és anyagi erőforrások koncentrált és szelektív felhasználását, valamint az intézményrendszer energikus továbbfejlesztését és korszerűsítését értjük rajta. Azonban ezek a lépések is csupán hosszú távon és fokozatosan fejthetik ki hatásukat, miközben eredményei mindig összekapcsolódnak más jellegű, nem közvetlenül a tbz korlátozását érintő – társadalmi, gazdasági, politikai és szellemi-kulturális, valamint morális – folyamatokkal.

Elegendő ezúttal csupán arra utalni, hogy bizonyos gazdasági szabályozási intézkedések hatásai (pl. az aranyátvétel módjai) szinte azonnal lecsapódnak a kriminalitás vagy az alegalitás mértékében és konkrét formáiban. Hasonló kapcsolatban áll a tbz a gazdálkodás hiányszféráival vagy a különféle kényszerű restrikciós eljárásokkal, az életszínvonal stagnálásával vagy csökkenésével, a társadalmi egyenlőtlenségeknek a közvélemény szemében indokolatlan kiéleződésével. Nem kevésbé világosak a kapcsolódások az iskola- és nevelésügy éppen adott színvonalához, a társadalmi közerkölcs felettébb nehezen kitapintható és még kevésbé mérhető tendenciáihoz.

6. Végezetül aláhúzzuk, hogy *a beilleszkedési zavarok minden tekintetben történeti-társadalmi képződmények,* s minden országban sajátos arculatot mutatnak, különös együttjárásokat hoznak létre, jóllehet az egyes országokban lehetünk közös tendenciákat is. A tbz prognosztizálható jövője és aktuális társadalmi kezelésmódja is csak ebben a *konkrét történeti-társadalmi összefüggésben* vizsgálható, csak ebben a sajátos történeti alakjában elemezhető.

Ezért nélkülözhetetlen, hogy miközben állhatatosan nyomon követjük a nemzetközi s azon belül a regionális (pl. a kelet-európai szocialista országokra jellemző) mozgásirányokat és a tbz elleni küzdelemben szerzett tapasztalatok minden formáját, képesek legyünk *számot vetni a magyar valóság történeti és mai jellegzetességeivel,* legyen szó akár a tbz konkrét arculatáról, akár társadalmi dinamikájáról, a társadalmi cselekvés lehetőségeiről és módjairól.

# A jelenlegi helyzet és a hosszú távú tendenciák a magyar társadalomban

Először *négy társadalmi beilleszkedési zavarral* foglalkozunk: az öngyilkossággal, a bűnözéssel, az alkoholizmussal és a mentális betegségekkel. Bemutatjuk a rendelkezésre álló idősoros statisztikai adatokat, hogy a hosszú távú hazai tendenciákat meg lehessen ítélni. A rendelkezésre álló nemzetközi összehasonlító adatok ismertetése módot ad arra, hogy a magyarországi helyzetet más országokhoz viszonyítva értékelhessük. Végül megvilágítjuk a nemek, az életkor, az országrészek és településtípusok, továbbá a társadalmi osztályok és rétegek közötti különbségeket, hogy az adott beilleszkedési zavar szempontjából leginkább veszélyeztetettek körét ki tudjuk jelölni.

A négy társadalmi beilleszkedési zavart aszerint tárgyaljuk, hogy mennyire pontos statisztikai és szociológiai adataink vannak róluk. Így került az első helyre az öngyilkosság, amelyről hazánkban közel pontosnak mondható adataink vannak. Ezt követi a bűnözés, ahol ha nem is az elkövetett cselekményekről, de legalább az elítéltekről rendelkezünk pontos információkkal, majd az alkoholizmus, ahol csak közvetve becsülhetjük az érintettek számát, s végül a mentális betegségek, ahol elsősorban betegforgalmi adatok állnak rendelkezésre.

Ezt követően foglalkozunk a *veszélyeztetett fiatalokra* vonatkozó adatokkal és becslésekkel, azon megfontolás alapján, hogy a később társadalmi beilleszkedési zavarokban szenvedő felnőttek jelentős része az ő körükből kerül ki.

Végül röviden utalunk a társadalmi beilleszkedési zavarok következtében felmerülő társadalmi károk pénzben kifejezhető részének becsülhető nagyságrendjére.

## Az öngyilkosság

Az öngyilkosságokra vonatkozó statisztikai adatokat teljesen pontosaknak gondolhatnánk. Valójában azonban az egyes országokban ezekkel az adatokkal szemben is sok kétség merül fel. Joggal feltételezhető ugyanis, hogy az öngyilkosság tényének letagadásához egyes társadalmakban és egyes korszakokban lényeges érdekek fűződtek és fűződnek. Például, ha az öngyilkosság kizárja az egyházi temetést (mint a római katolikus egyház egyes eljárásai esetében), de a család számára fontos az egyházi temetés; továbbá ha az elhunytnak életbiztosítása volt, és öngyilkosság esetén a biztosítótársaság nem fizet; végül ha a hátramaradt hozzátartozókat erős társadalmi elítélés sújtja a családtag öngyilkossága miatt, akkor valószínű, hogy megpróbálják a halálnak valamely más

okát feltüntettetni a halálozási okiraton. Ennek lehetősége azonban erősen függ az elkövetés módjától. Önakasztás esetén aligha lehet az öngyilkosság tényét tagadni, viszont gyógyszermérgezés, gázmérgezés vagy gépkocsibaleset útján elkövetett öngyilkosság esetén erre nagy eshetőség van.

A magyar öngyilkossági, valamint más haláloki adatok (a mérgezés okozta balesetek, valamint a személygépkocsi vezetőjét ért halálos balesetek számának) elemzése arra enged következtetni, hogy *a magyarországi öngyilkosságok jelenlegi számának statisztikai adatait közel pontosnak tekinthetjük.*

Egyes országok öngyilkossági adatait viszont sok esetben a külföldi szerzők is pontatlannak mondják; a haláloki adatok is sokkal nagyobb számú latens öngyilkosság létét teszik valószínűvé. (Több mérgezés okozta baleset, a személygépkocsi-vezető halálos balesete lehet öngyilkosság is.) Nem bizonyos tehát, hogy nemzetközi összehasonlításban olyannyira kiugróan magas a magyar öngyilkossági gyakoriság. Ez azonban nem csökkenti annak a ténynek a jelentőségét, hogy Magyarországon az utolsó években több mint négy és fél ezer ember halt meg évente öngyilkosság következtében.

A halállal végződő öngyilkosságok számánál lényegesen nagyobb az *öngyilkossági kísérletek* száma. Hazánkban csak az 1970-es évek első feléig végeztek statisztikai adatgyűjtést az öngyilkossági kísérletekről, amelyeknek a száma körülbelül ötszöröse volt a halállal végződő esetek számának. Az öngyilkossági kísérletek statisztikai kimutatása azonban sokkal bizonytalanabb, ezért elképzelhető, hogy ez az arány még magasabb.

Meg kell azonban jegyezni, hogy az öngyilkosságot megkísérlő, de életben maradó személyek összetétele lényegesen eltér az öngyilkosság következtében meghaltakétól. Így a kísérletet elkövetők között többségben vannak a nők, továbbá lényegesen fiatalabb a korösszetétel is, mint az elhalálozóknál. Ebből azt a következtetést szokták levonni, hogy az öngyilkosságot megkísérlő, de életben maradó személyek esetében az önpusztító szándék lényegesen kisebb szerepet játszik, mint az a törekvés, hogy a környezetüket megdöbbentsék (demonstrációs hatás). Ugyanakkor helytelen a kísérletek komolyságát kétségbe vonni, mert a halálhoz vezető öngyilkosságot elkövetők nagy része előzőleg egy vagy több alkalommal már kísérletet tett erre.

### Az öngyilkosság hosszú távú tendenciája Magyarországon

Hazánkban 1881 óta állnak rendelkezésre országos öngyilkossági adatok. (1. táblázat.) Az egyházi anyakönyvek alapján azonban a XVIII. századig visszamenően lehet adatokat szerezni. Tehát *igen régi eredetű hazai jelenséggel állunk szemben.*

Az utóbbi kutatások arra engednek következtetni, hogy előfordulásuk – legalábbis egyes településeken – a XIX. század második évtizedében kezdett gyakoribbá válni. Ezt követően az 1860-as években indult meg egy újabb növekedési folyamat, majd *a századforduló előtti és utáni évtizedben rajzolódik ki az öngyilkosság meredek növekedésének új hulláma,* ami egybeesik a megkésett, de gyors ütemű iparosodás és kapitalizálódás időszakával.

Az első világháborút követően az öngyilkosságok arányszáma lassan nőtt;

1. táblázat

**Az öngyilkosságok száma és aránya Magyarországon, 1881–1983**

| Év | Öngyilkosságok | | | Év | Öngyilkosságok | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | fő | 100 000 lakosra számítva | 1000 halálozásra számítva | | fő | 100 000 lakosra számítva | 1000 halálozásra számítva |
| 1881–1887* | 1348 | 9,5 | 4,0 | 1949 | 2213 | 23,9 | 20,9 |
| 1892–1895 | 2052 | 13,1 | 4,5 | 1950 | 2074 | 22,2 | 19,4 |
| 1896–1900 | 2906 | 17,8 | 6,4 | 1951 | 2204 | 23,4 | 20,0 |
| 1901–1905 | 3310 | 19,2 | 7,3 | 1952 | 2407 | 25,3 | 22,4 |
| 1906–1910 | 3555 | 19,9 | 8,0 | 1953 | 1999 | 20,8 | 17,8 |
| 1911–1915** | 3735 | 20,1 | 8,4 | 1954 | 1722 | 17,7 | 16,1 |
| 1920 | 1945 | 24,5 | 11,1 | 1955 | 2015 | 20,5 | 20,6 |
| 1921 | 2088 | 26,0 | 12,3 | 1956 | 1923 | 19,4 | 18,5 |
| 1922 | 2200 | 27,2 | 12,7 | 1957 | 2134 | 21,7 | 20,6 |
| 1923 | 2399 | 29,4 | 15,1 | 1958 | 2312 | 23,4 | 23,6 |
| 1924 | 2313 | 28,1 | 13,8 | 1959 | 2616 | 26,3 | 25,2 |
| 1925 | 2443 | 29,4 | 17,2 | 1960 | 2592 | 26,0 | 25,5 |
| 1926 | 2558 | 30,5 | 18,3 | 1961 | 2534 | 25,3 | 26,3 |
| 1927 | 2430 | 28,7 | 16,1 | 1962 | 2532 | 25,2 | 23,4 |
| 1928 | 2605 | 30,6 | 17,8 | 1963 | 2720 | 27,0 | 27,2 |
| 1929 | 2504 | 29,2 | 16,4 | 1964 | 2903 | 28,7 | 28,8 |
| 1930 | 2680 | 31,0 | 19,9 | 1965 | 3020 | 29,8 | 27,9 |
| 1931 | 3000 | 34,4 | 20,7 | 1966 | 3033 | 29,8 | 29,8 |
| 1932 | 3083 | 35,1 | 19,6 | 1967 | 3150 | 30,8 | 28,8 |
| 1933 | 2808 | 31,7 | 21,6 | 1968 | 3457 | 33,7 | 30,0 |
| 1934 | 2883 | 32,3 | 22,3 | 1969 | 3407 | 33,1 | 29,2 |
| 1935 | 2777 | 30,9 | 20,3 | 1970 | 2582 | 34,6 | 29,8 |
| 1936 | 2764 | 30,6 | 21,5 | 1971 | 3697 | 35,7 | 30,1 |
| 1937 | 2886 | 31,7 | 22,5 | 1972 | 3851 | 37,0 | 32,4 |
| 1938 | 2684 | 29,3 | 20,5 | 1973 | 3844 | 36,8 | 31,2 |
| 1939 | 2611 | 23,6 | 18,7 | 1974 | 4307 | 41,1 | 34,2 |
| 1940 | 2722 | 24,6 | 17,0 | 1975 | 4020 | 38,1 | 30,7 |
| 1941 | 3248 | 23,8 | 16,8 | 1976 | 4304 | 40,6 | 32,5 |
| 1942 | 3544 | 24,1 | 15,3 | 1977 | 4292 | 40,3 | 32,5 |
| 1943 | .. | .. | .. | 1978 | 4610 | 43,1 | 32,9 |
| 1944 | 4294 | .. | .. | 1979 | 4770 | 44,5 | 34,9 |
| 1945 | 3006 | 33,3 | 14,2 | 1980 | 4809 | 44,9 | 33,0 |
| 1946 | 2144 | 23,8 | 15,8 | 1981 | 4880 | 45,6 | 33,8 |
| 1947 | 2233 | 24,6 | 19,0 | 1982 | 4659 | 43,5 | 32,3 |
| 1948 | 2178 | 23,8 | 20,6 | 1983 | 4911 | 45,9 | 33,0 |

* 1888–1891 között nincs adat.

** 1881-től 1915-ig az akkori országterületre vonatkozó adatok.

a nagy gazdasági válság éveiben hirtelen emelkedett és tetőzött, ezt követően azonban – egészen a második világháború utolsó két évéig – visszaesett. *A gazdasági válság hatása és a háború utolsó éveiben* a polgári lakosság egy részének halálos fenyegetettsége (deportálás stb.) egyértelműen megnövelte az öngyilkosságok számát.

A második világháború után az öngyilkossági arányszám körülbelül a háborút megelőző évek viszonylag alacsony szintjén maradt. 1951–1952-ben némileg emelkedett, 1953-ban és 1954-ben azonban lényegesen visszaesett, és-

pedig olyan alacsony szintre, amely a századforduló óta nem fordult elő. *1956 után lassú és folyamatos emelkedési tendencia* indult el, amelyet csak egyes években szakított meg – tendenciaváltozásnak nem értékelhető – kisebb visszaesés. Hasonló csekély visszaesés mutatkozott 1982-ben is (4659 öngyilkosság) 1981-hez képest (4880). Az emelkedésben szerepet játszott ugyan a népesség korösszetételének öregedése is (mivel az időskorúak között gyakoribb az öngyilkosság), de más, sokkal erősebb okok is szerephez jutottak, mert *minden korcsoportban nőtt az elkövetés gyakorisága.*

**Az öngyilkosság nemzetközi tendenciái**

Magyarország már a két világháború közötti időszakban és a második világháborút követő első évtizedben is a legmagasabb öngyilkossági gyakoriságú országok közé tartozott. Hozzánk hasonló arányszámú országok voltak: Ausztria, Németország, Svájc.

*Az 1950-es évek közepe óta azonban Magyarországon* állandóan nőtt ez az arányszám, másutt viszont többnyire változatlan maradt, s *ma nálunk körülbelül kétszerese az utánunk következő országokénak* (Ausztria, Csehszlovákia, Dánia, NSZK, Svájc).

Az öngyilkossági statisztikák megbízhatóságával kapcsolatos – már említett – fenntartások azonban a nemzetközi összehasonlításnál fokozottan érvényesülnek. Olvashatunk olyan véleményeket, hogy a tényleges öngyilkosságok száma a kimutatottnál lényegesen magasabb (pl. a Német Szövetségi Köztársaságban a kimutatottnak a kétszerese). Ha ez így van, akkor a magyar öngyilkossági arányszám nem annyira kiugró, de akkor is a legmagasabbak között van. Azt is hozzá kell tenni, hogy vannak országok, amelyek nem közlik az öngyilkossági arányszámot (pl. a Német Demokratikus Köztársaság, Szovjetunió, Románia).

Az egyes országokban kimutatott tendenciák elemzése alapján levonhatunk néhány fontos következtetést:

1. *Az öngyilkosságok gyakoriságának növekedése nem lehet a modernizálódás, az iparosodás, a városiasodás* közvetlen és *szükségszerű következménye,* mert a második világháború óta csak viszonylag kevés országban (Bulgária, Lengyelország, Finnország, Norvégia, Kanada) mutatkozik jelentékenyebb – a miénkhez hasonló – emelkedési tendencia.

2. *A modern társadalom körülményei között is lehetséges az öngyilkosság gyakoriságának csökkenése.* Ez figyelhető meg Angliában, Hollandiában, Olaszországban és Japánban. Mivel ezek az országok kevés hasonlóságot mutatnak egymáshoz, csak külön-külön elvégzett vizsgálattal dönthetnénk el, mi lehet a határozott csökkenési tendencia oka.

3. A gyakoriság viszonylagos nagysága országonként meglehetősen nagy tartósságot mutat, és *a magas öngyilkossági gyakoriságú országok a század eleje óta Közép-Európában találhatók.* Dél-Európában hagyományosan nagyon alacsony, az angol kultúrájú országokban alacsony, Skandináviában közepesen magas az arányszám. Ebből arra lehetne következtetni, hogy az öngyilkosságok gyakoriságának meglehetősen mély – feltehetően kulturális – gyökerei is vannak.

**Az öngyilkosságok demográfiai, területi és társadalmi különbségei**

A nemek szerinti megoszlás a századforduló óta meglepően nagy állandóságot mutat: az öngyilkosság következtében elhunytaknak *valamivel több mint a kétharmada férfi.*

A nemek szerinti megoszlás életkor szerint érdekes és nagyon következetes különbségeket mutat: minél magasabb korcsoportot nézünk, annál közelebb áll a nők aránya a férfiakéhoz, és annál kisebb a korösszetétel különbségének hatását kiszűrő – a 100 000 lakosra jutó halálozási arányszám eltérése a férfiak és a nők között. *A fiatalabbak között tehát nagyobb a férfitöbblet,* mint az idősebbek között.

Az öngyilkosság gyakorisága *az életkorral* (s vele együtt járóan az egészségi állapot romlásával) *együtt erősen emelkedik.* Mégis 1982-ben a 4659 öngyilkosnak csak kisebb része (38%) volt 60 éves és idősebb, körülbelül ugyanekkora része a felnőttkor derekán volt (40–59 éves 36%), nem kevés fiatal felnőtt (15–39 éves 26%) és néhány gyermek (15 évesnél fiatalabb) is meghalt öngyilkosság következtében. *Többségük tehát olyan életkorban hal meg, amikor még többékevésbé hosszú és aktív élet állhatna előttę.*

Az öngyilkosok életkor szerinti megoszlása az 1950-es évek óta nem változott: a 14 évesek és fiatalabbak kivételével (ahol az emelkedés kisebb) minden korcsoportban nagyjából hasonló mértékben nőtt a gyakoriság, bár a 40–59 évesek korcsoportjában némileg nagyobb az emelkedés.

Lényeges különbséget mutat a családi állapot szerinti vizsgálódás. Mind a férfiaknál, mind a nőknél a házasok öngyilkossági arányszámai – a megfelelő korcsoportban – jóval alacsonyabbak a nőtlenek-hajadonok, özvegyek és elváltak arányszámainál. A házas családi állapot tehát egyértelműen csökkenti az öngyilkosság elkövetésének esélyét. Ennek hátterében feltehetően a magányosság hatása áll: *az egyedül élők között lényegesen magasabb az öngyilkosság gyakorisága.*

A megyei megoszlás a századforduló óta nagy állandóságot mutat. Mindig az ország délkeleti megyéinek – *Csongrád és Bács-Kiskun* – arányszáma volt a legmagasabb; innen távolodva majdnem a távolsággal arányos a csökkenés. Egyrészt a nyugati határszélen (Győr-Sopron, Vas és Zala megye területén), másrészt északon (Nógrádban) a legkisebb az öngyilkosságok gyakorisága.

Ezek a magas arányszámok nem mutatnak jelentősebb korrelációs kapcsolatot semmilyen feltételezhetően szerepet játszó demográfiai, gazdasági és társadalmi változóval. Különösen figyelemreméltó tény, hogy Jugoszlávia szomszédos részein – a Vajdaságban – szintén meglehetősen magas az öngyilkossági arányszám. Fel kell tételeznünk, hogy e területeken *a lakosság tömegeinek történetileg kialakult kultúrájában az öngyilkosság mint konfliktusmegoldási lehetőség* igen régóta él. Azt azonban ma még nem tudjuk megmondani, hogy ez a kultúra hogyan alakult ki; erre vonatkozóan további gazdaság- és társadalomtörténeti kutatásokra van szükség.

Arra, hogy e jelenség gyökerei az igen távoli múltba nyúlnak vissza, utal az a tény is, hogy Magyarországon a városi lakosság öngyilkossági arányszáma a múltban nem volt sokkal magasabb, mint a községi lakosságé. Legújabban pe-

dig a községekben magasabb az arányszám, bár ez részben összefügg a községi lakosság öregebb korösszetételével. Az is figyelemre méltó ebből a szempontból, hogy a budapesti arányszám alacsonyabb, mint az említett délkeleti megyéké. *Tehát nemcsak városi jelenségről van szó.*

A társadalmi különbségek azt mutatják, hogy napjainkban – ellentétben talán a közhiedelemmel, amely az öngyilkosságot értelmiségi jelenségnek tartja – *az öngyilkosság gyakoribb a társadalom kedvezőtlenebb helyzetű* (szakképzetlen fizikai foglalkozású) *rétegeiben.*

A társadalmi különbségek a század eleje óta lényegesen megváltoztak. A XIX. század utolsó negyedére vonatkozó kutatások szerint egyes településeken még az értelmiség körében volt a leggyakoribb az öngyilkosság, a földművesek között viszont kisebb. Az 1901–1908. évi országos átlagos adatok is arra engednek következtetni, hogy az öngyilkosság a szellemi foglalkozásúak (közszolgálatban állók és szabadfoglalkozásúak) körében volt a leggyakoribb. Különösen veszélyeztetett réteget alkottak a katonatisztek és tiszthelyettesek. Egyetlen hátrányos helyzetű réteg volt, ahol hasonló gyakoriság mutatható ki: a háztartási alkalmazottak.

Jelenleg kétféle mutató alapján becsülhetjük meg az öngyilkosok társadalmi különbségeit. Az egyik az öngyilkossági halálesetek száma a megfelelő kategóriába tartozó keresőkhöz viszonyítva. Ez 1980-ban az alábbi arányokat mutatta. (2. táblázat.)

2. táblázat
**Az öngyilkosságok száma és aránya 100 000 megfelelő kategóriába tartozó keresőhöz viszonyítva, 1980**

| Társadalmi kategória | Férfi | | Nő | |
|---|---|---|---|---|
| | haláleşetek (fő) | 100 000 keresőre számítva | halálesetek (fő) | 100 000 keresőre számítva |
| Szellemi foglalkozású | 281 | 40,4 | 309 | 26,4 |
| Munkásosztály | 2039 | 87,6 | 582 | 33,3 |
| Szövetkezeti parasztság | 799 | 129,3 | 206 | 39,2 |

A másik mutató az öngyilkosságok aránya az összes halálokon belül. Ezek az adatok finomabb társadalmi csoportosításban is rendelkezésre állnak, és csökkentik a társadalmi osztályok és rétegek eltérő korösszetételének hatását. Eszerint a férfiak között a mezőgazdasági munkások körében a leggyakoribb az öngyilkosság, és a munkásság minden rétegében magasabb az arányszám, mint a szövetkezeti parasztság vagy a szellemi foglalkozásúak között. Említést érdemel, hogy a múlttal ellentétben az öngyilkosság ritkább a hadseregben, mint az átlagnépességben. A nők esetében kevésbé határozott a tendencia, a szellemi foglalkozású kereső nők és a munkások eltartottjai között találunk viszonylag magas arányokat.

Ezek az adatok arra engednek következtetni, hogy *ma az öngyilkosság a társadalom kedvezőtlenebb helyzetű rétegeiben gyakoribb.*

## A bűnözés

Bűnözési statisztikai adataink három forrásból származnak: a rendőrségtől az *ismertté vált bűncselekmények* száma, az ügyészségtől az *elkövetőkre és a vádlottakra* vonatkozó adatok és a bíróságoktól az *elítéltekre* vonatkozó adatok. Mindegyik adat teljesen pontos abban az értelemben, hogy hibátlanul kimutatja azt, amit kimutatni hivatott, a felderített, az ismertté vált bűncselekményeket és ezek elkövetőit, valamint a bíróságok által felelősségre vont személyeket. A *latens bűnözést* természetesen nem tudják regisztrálni; erre vonatkozóan csak a lakosság megkérdezésén alapuló és a bűnözés egészét fel nem ölelő adatok állnak rendelkezésre.

A KSH 1981. évi adatfelvétele szerint azok közül, akiket vagy akiknek háztartását a megelőző évben lopás és betöréses lopás kára érte (járműlopást és járműből történt lopást, valamint a járművek önkényes elvételét is beleszámítva), 32% nem jelentette ezt a tényt sem a rendőrségnek, sem a biztosítónak. Eszerint a személyek tulajdona elleni lopások és betöréses lopások a hatóságok tudomására jutott számnak másfélszeresét érhetik el. Elsősorban a kisebb kárt okozó – szabálysértésnek minősülő – lopások bejelentését mulasztották el.

Az ELTE Állam- és Jogtudományi Karának Kriminológiai Tanszéke által végzett felmérés szerint a megkérdezetteknek egyharmada tudott olyan jogsértésről a környezetében, amely nem jutott a hatóságok tudomására. Ezek fele vagyon elleni cselekmény volt. Az Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet adatai szerint a társadalmi tulajdon elleni bűnözés körében a rejtve maradt károk összege legalább háromszorosa a nyomozás során kiderített összegnek. A latens bűnözés aránya azonban bűncselekményfajtánként nagyon eltérő, ezért a fenti adatokból nem következtethetünk annak pontos arányára.

### A bűnözés hosszú távú tendenciája Magyarországon

A bűnözés hosszú távú tendenciájának megállapítását – mint látni fogjuk – nemcsak a latens bűnözés esetleges eltérő aránya nehezíti meg, hanem a jogszabályok és a joggyakorlat változása is.

A jogerősen elítéltek száma az első világháború előtti évekhez képest az 1920-as évek elején emelkedett, majd némileg visszaesett. A gazdasági válság éveiben újabb lényeges emelkedés mutatkozott. (3. táblázat.)

A felszabadulás után az 1949–1952. években igen magasra emelkedett az elítéltek száma (1952-ben 134 000 személy). Ennek oka kisebb részben a bűnözés valóságos növekedése, nagyobb részben pedig az eltorzult jogpolitikánk volt. A büntetőjog és büntetőbírósági gyakorlat ekkor a voluntarista politika eszközévé vált, amely a közellátás és a munkafegyelem biztosítását büntetőjogi eszközökkel kívánta elérni. (Közellátási bűncselekményként büntettek pl. az ún. feketevágást, tervbűncselekményként az önkényes kilépést a munkahelyről.)

1953–1954-ben, majd 1956 után tartósan visszaesett az elítéltek száma, és azóta az amnesztiás évektől eltekintve 60 000 és 70 000 között ingadozott; a növekedés főleg a közlekedési bűncselekmények szaporodásának számlájára

3. táblázat

**A jogerősen elítéltek száma (közvádas és magánvádas bűncselekmények), 1923–1983**

| Év | Jogerősen elítélt | | Év | Jogerősen elítélt | |
|---|---|---|---|---|---|
| | felnőttek (1000 fő) | fiatalkorúak (fő) | | felnőttek (1000 fő) | fiatalkorúak (fő) |
| 1923* | 43 | .. | 1956 | 63 | 4 910 |
| 1924 | 43 | .. | 1957 | 45 | 3 510 |
| 1925 | 35 | 6 488 | 1958 | 62 | 3 979 |
| 1926 | 34 | 6 230 | 1959 | 72 | 4 337 |
| 1927 | 34 | 5 542 | 1960 | 52 | 3 523 |
| 1928 | 34 | 5 557 | 1961 | 56 | 3 869 |
| 1929 | 33 | 4 624 | 1962 | 58 | 3 548 |
| 1930 | 38 | 4 639 | 1963 | 40 | 2 557 |
| 1931 | 31 | 4 017 | 1964 | 54 | 3 800 |
| 1932 | 29 | 4 538 | 1965 | 64 | 5 037 |
| 1933 | 32 | 4 200 | 1966 | 68 | 5 865 |
| 1934 | 32 | 4 283 | 1967 | 68 | 5 920 |
| 1935 | 35 | 5 231 | 1968 | 55 | 4 553 |
| 1936 | 38 | 6 292 | 1969 | 53 | 4 700 |
| 1937 | 38 | 6 954 | 1970 | 46 | 4 942 |
| 1938 | 37 | 7 034 | 1971 | 58 | 6 801 |
| 1939 | 39 | 6 649 | 1972 | 64 | 7 171 |
| 1940** | 39 | 7 159 | 1973 | 65 | 6 506 |
| 1941 | 45 | 9 127 | 1974 | 65 | 5 725 |
| 1942 | 63 | 9 256 | 1975 | 59 | 5 339 |
| 1948*** | 94 | .. | 1976 | 66 | 5 931 |
| 1949 | 112 | .. | 1977 | 66 | 5 555 |
| 1950 | 103 | .. | 1978 | 67 | 5 512 |
| 1951 | 133 | 7 687 | 1979 | 58 | 4 757 |
| 1952 | 134 | 10 272 | 1980 | 55 | 4 613 |
| 1953 | 84 | 7 231 | 1981 | 58 | 5 098 |
| 1954 | 60 | 5 725 | 1982 | 58 | 5 527 |
| 1955 | 88 | 8 629 | 1983 | 60 | 5 865 |

* 1923–1942-ben a felnőttkorú elítéltek adatában szerepel a büntetőbíróságok által elítélt fiatalkorúak száma.
** 1940–1942-ben az adatok az akkori országterületre vonatkoznak.
*** 1948–1950-ben a felnőttkorú elítéltek száma tartalmazza a fiatalkorú elítéltek számát is.

írandó. Egyértelmű hosszú távú tendencia nem mutatható ki, az ingadozások elsősorban a jogszabályok és a joggyakorlat változásaival magyarázhatók. Egyes korábban bűncselekményként definiált viselkedési formák az életviszonyok átalakulása és a jogszabályi változások következtében elvesztették bűncselekmény jellegüket. (Például a vagyon elleni bűncselekmények alsó értékhatárát többször felemelték; először 200, majd 500, végül 1000 forintra.)

Ugyanakkor az elmúlt 30 évben olyan törvényi tényállásokat is alkottak, amelyek új *bűncselekmény-kategóriákat* hoztak létre. Ilyenek pl. az ittas vezetés, a garázdaság, a tartás elmulasztása. Csak a felsoroltak miatt 1982-ben több mint 16 000 személyt ítéltek el, a közvádas cselekmények miatt elítélt személyek 26,8%-át. Szerepet játszottak mind a jogalkotásban, mind pedig a bűncselekmények alakulásában különféle gazdasági és társadalmi változások is. Például a személygépkocsi-állomány növekedésével párhuzamosan növekedett a köz-

lekedési bűncselekmények száma (jelenleg az összes felnőttkorú elítélt 27%-át közlekedési bűncselekmény miatt marasztalták el); a nemzetközi turistaforgalom növekedésével párhuzamosan növekedett a devizagazdálkodás megsértése és a csempészet miatt elítéltek száma. Az áremelkedések következtében viszont az értékhatárok reálértéke változott meg.

A közelmúlt bűnözési tendenciáinak vizsgálatánál az 1963-as évet követő időszakból érdemes kiindulni, figyelemmel arra, hogy ekkor lépett hatályba az új büntető törvénykönyv, és ebben az időben hozta létre a BM és az ügyészi szervezet az ún. egységes statisztikai adatszolgáltató rendszerét, amely a Btk.-ban rögzített bűncselekmények megfelelő nómenklatúráit foglalja magában.

Azóta a globális bűnügyi statisztika adatsorai – az ismertté vált bűncselekmények és a jogerősen elítéltek száma – némileg eltérő változást mutatnak. (4. táblázat.)

4. táblázat

**Az ismertté vált közvádas bűncselekmények és a jogerősen elítélt felnőttek és fiatalkorúak száma, 1964–1982**

| | 1964–1968 | 1971–1975 | 1976–1980 | 1981 | 1982 |
|---|---|---|---|---|---|
| | évek átlaga | | | | |
| Ismertté vált bűncselekmények száma | 120 800 | 118 305 | 127 138 | 134 914 | 139 795 |
| Jogerősen elítéltek száma | 58 800 | 63 010 | 62 925 | 59 228 | 60 416 |

*Megjegyzés:* Az 1969. év adatai az új szabálysértési kódex okozta változás, az 1970. évé pedig az amnesztiatörvény miatt nem szerepelnek.

A táblázatból kiderül, hogy a hatóságok tudomására jutott bűncselekmények száma növekedett, míg az elítéltek száma alig változott. Ennek részben az az oka, hogy a bűnhalmazatok (amikor is egy tettes több bűncselekményt hajt végre) megszaporodtak, részben pedig az, hogy a felderítési arányok romlottak. Az elmúlt húsz év alatt az 1982. évben volt a legnagyobb az ismeretlen tettesek száma (39 000).

Az elítéltek számának alakulása az egyes bűncselekmény-kategóriákon belül is változó. Például az emberölés kísérlete miatt elítéltek száma csökkent, de csökkentek más erőszakos jellegű cselekmények mutatói is, így az erőszakos nemi közösülésé, a hivatalos személy elleni erőszaké, a garázdaságé. Változatlan a testi sértés miatt elítéltek száma, de jelentős mértékben megnövekedett a rablások miatt elítélteké, főleg a szeszesital-fogyasztással összefüggő bűncselekmények szaporodása miatt. Jelentős mértékben megnőtt a betöréses lopás és a devizacselekmények, valamint a vámbűntettek miatt felelősségre vont személyek száma. Igen erősen emelkedett az ittas járművezetés miatt elítéltek száma. 1964–1968-ban az összes elítélt 4–8%-át, 1982-ben viszont 17,6%-át tették ki. A növekedés oka a személygépkocsik számának és a szeszesital-fogyasztásnak az egyidejű emelkedése és nem utolsósorban a közúti ellenőrzés fokozása. Ha az ittas járművezetés növekedését figyelmen kívül hagynánk,

az elítéltek abszolút száma és az összlakossághoz viszonyított aránya jelentős mértékben csökkent volna (kb. 6000–8000 fővel).

E tendenciák elemzését összefoglalva azt lehet mondani, hogy *az elmúlt években nem lehet az összbűnözés egyértelmű növekedéséről beszélni,* inkább csak néhány – a lakosság körében nagy figyelmet keltő – bűncselekményfajta gyakorisága emelkedett.

Nem lenne helyes az utóbbi években évente elítélt 50 000–60 000 személyt minden további nélkül a bűnözőkkel azonosítani. A cselekmények többsége ugyanis igen kis súlyú. Így az 1982-ben köz- és magánvád alapján elítélt 58 099 felnőtt közül csak 14 610 személy büntetése volt fel nem függesztett szabadságvesztés, és csupán 5048 személy büntetése volt egyévi vagy annál hosszabb szabadságvesztés. Itt érdemel említést az is, hogy míg sok európai országban nem létezik halálbüntetés, illetve nem hajtanak végre halálos ítéletet, Magyarországon sor került kisszámú (1981-ben 3, 1982-ben 5) halálbüntetés kiszabására.

Tizenöt–húsz éves távlatban nem lehet a fiatalkorú bűnözésben sem egyértelmű növekedési tendenciát megállapítani. Az 1983. év első felének adatai viszont figyelmeztetőek; az előző évekhez képest hirtelen, kb. 20%-kal megnőtt a fiatalkorúak által elkövetett bűncselekmények száma. Különösen nyugtalanító, hogy elsősorban az erőszakos, garázda jellegű bűncselekmények gyakorisága nőtt, és ezek sok esetben összekapcsolódtak alkohol- vagy kábítószerfogyasztással.

Az 1982-ben elítélt 5527 fiatalkorú közül csak 1080 kapott fel nem függesztett szabadságvesztés-büntetést, közülük 534 egy évet vagy azt meghaladó mértékűt.

Az utolsó években emelkedett a gyermekkorú (14 éven aluli) bűnelkövetők száma is (1982-ben 3272).

### A bűnözés nemzetközi összehasonlítása

A bűnözés intenzitásának nemzetközi összehasonlítása még sokkal több nehézségbe ütközik, mint az egy országon belüli tendenciák kimutatása, mert a büntetőjog és a bíróságok gyakorlata országonként nagyon eltérő. Az Interpol nemzetközi összehasonlító adatközlésének előszavában le is szögezi, hogy ezeket az adatokat nem lenne helyes a bűnözés gyakoriságának nemzetközi összehasonlítására felhasználni. Arra azonban alkalmasnak látszanak, hogy a *bűnözés észlelésének* különbségéről – néhány tőkés országban – legalábbis megközelítő képet kapjunk. (5. táblázat.)

A megközelítőleg összehasonlítható magyar adatokat – 1981-ben – a 6. táblázat mutatja.

Levonhatjuk a következtetést, hogy Magyarországon a bűnözés intenzitása közepes vagy annál valamivel alacsonyabb, a rablás és az összes ismertté vált cselekmények tekintetében pedig kifejezetten alacsony.

Néhány szocialista országból (Német Demokratikus Köztársaság, Lengyelország, Jugoszlávia) vannak adataink a közelmúltból a bűnelkövetőknek és az elítélteknek az összlakossághoz viszonyított arányáról. Ezek az arányok

5. táblázat
**Néhány tőkés országban az ismertté vált bűncselekmények száma és aránya 100 000 lakosra, 1977–1978**

| Ország | Év | Szándékos emberölés és kísérlete | Nemi erőszak | Súlyos testi sértés | Rablás | Összes bűncselekmény |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Amerikai Egyesült Államok | 1977 | 8,8 | 29,1 | 241,5 | 187,1 | 5 055 |
| Anglia és Wales | 1978 | 1,46 | 2,53 | 173,11 | 26,77 | 5 215 |
| Ausztria | 1978 | 1,98 | 4,91 | 1,76 | 33,40 | 4 166 |
| Belgium | 1977 | 2,22 | 0,70 | 12,23 | 13,05 | 716 |
| Dánia | 1978 | 2,77 | 9,50 | 85,48 | 23,19 | 6 764 |
| Észak-Írország | 1978 | 30,67 | 4,35 | 79,35 | 90,46 | 2 946 |
| Finnország | 1977 | 4,36 | 6,42 | 194,25 | 45,54 | 10 105 |
| Franciaország | 1978 | 3,22 | 3,07 | 57,95 | 55,11 | 4 039 |
| Hollandia | 1977 | 8,32 | .. | .. | .. | 3 935 |
| Német Szövetségi Köztársaság | 1978 | 4,18 | 10,76 | 85,36 | 35,31 | 5 514 |
| Norvégia | 1978 | 0,77 | 3,38 | 12,34 | .. | 2 598 |
| Olaszország | 1977 | 3,48 | 1,83 | 40,63 | 32,25 | 3 543 |
| Portugália | 1977 | 8,91 | 8,67 | .. | 6,52 | 1 425 |
| Skócia | 1978 | 0,93 | 3,21 | 56,92 | 75,71 | 12 433 |
| Spanyolország | 1978 | 0,71 | 1,10 | 36,08 | 30,91 | 785 |
| Svédország | 1978 | 4,60 | 10,27 | 15,85 | 41,78 | 9 696 |

*Forrás:* Organisation Internationale de Police Criminelle. Interpol: Statistiques criminelles internationales, 1977–1978. 109. old.

6. táblázat
**Az ismertté vált bűncselekmények megoszlása, 100 000 lakosra, 1981**

| Bűncselekmény | |
|---|---|
| Szándékos emberölés és kísérlete | 4,21 |
| Erőszakos nemi közösülés | 5,25 |
| Súlyos testi sértés (szándékos) | 48,42 |
| Rablás | 11,32 |
| *Összes ismertté vált bűncselekmény* | *1259* |

ott valamivel alacsonyabbak, mint nálunk. Tehát *a bűnözés gyakorisága hazánkban más országokéhoz képest nem mondható magasnak, inkább közepesnek,* egyes gazdaságilag fejlett kapitalista országokhoz viszonyítva pedig alacsonynak.

## A bűnözés demográfiai, területi és társadalmi különbségei

*A bűnözés jellegzetesen „férfitevékenység".* Az 1981-ben elítélt felnőtteknek mindössze 14%-a volt nő. Emellett a bűnözés meglehetősen erősen összpontosul a fiatalabb felnőtt korosztályra. Így azt mondhatjuk, hogy *a bűnözés elsősorban a fiatal felnőtt férfiak deviánciája.*

A bűnelkövetők lakóhely szerinti megoszlása 1982-ben: Budapest 18,3%, vidéki városok 40,6%, községek 41,1%.

Ezek az arányszámok alig térnek el a népességnek a lakóhelytípusok szerinti megoszlásától. Településenként vizsgálva leginkább *néhány vidéki város* bűnözési gyakorisága emelkedik lényegesen az átlag fölé.

Az elkövetők és az elítéltek száma a *leghátrányosabb helyzetű rétegekben a legmagasabb.* A leghátrányosabb helyzetűeken ebben az esetben a nyolc osztálynál alacsonyabb végzettségűeket, a semmilyen szakképzettséggel nem rendelkezőket. a segédmunkásokat kell érteni. Bűncselekmény-fajtánként természetesen nagy különbségek vannak. Elsősorban az erőszakos bűncselekmények koncentrálódnak a hátrányos helyzetűek körében.

A fiatalkorúak bűnözése az összbűnözésnél is nagyobb mértékben összpontosul a leghátrányosabb helyzetű, elsősorban szakképzetlen munkásrétegben.

A bűnözés *társadalmi különbségeinek* kérdéskörébe tartozik a cigányság bűnözési gyakorisága. Az ismertté vált bűnelkövetők között a cigány elkövetők aránya 1975-ben 5,1% volt; ez az arány 1980-ra 6,1%-ra emelkedett. A cigány elkövetők arányának és a cigányság összlakosságon belüli arányának (3-4%) összehasonlítása, valamint körükben a bűnözés arányának emelkedése önmagában nem indokolja a cigányok bűnözésének a közvélemény egy részében előforduló, túlzásra is hajlamos megítélését. (A cigány elkövetők meghatározása nem tekinthető teljesen egzaktnak.)

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy erőteljesen befolyásolják a lakosságot azok a tények, hogy egyes közfigyelmet keltő bűncselekményekben, illetve a fiatalkorú elkövetők között lényegesen magasabb a cigányok aránya. Bizonyos bűncselekmény-kategóriákban (pl. rablás, betörés, egyéb erőszakos bűncselekmények) részesedésük eléri a 20–60%-ot is.

## Az alkoholizmus

Az alkoholisták számának meghatározása nagyon sok nehézségbe ütközik. Országos reprezentatív adatfelvételekről nem tudunk, amelyek alapján számukat meg lehetett volna állapítani, csak egyes kisebb közösségekben (falvakban, kisvárosokban) került sor ilyen vizsgálatra. Ezért, ha az alkoholisták számát valamely társadalomban meg akarják becsülni, két közvetett becslési eljárást alkalmaznak. Az egyik becslési eljárás a „Jellinek-képlet", a májzsugorodás következtében meghaltak számán alapul. A másik, a „Ledermann-módszer", az ország összes szeszesital-fogyasztásából indul ki. Mindkét becslés igen bizonytalan feltételezéseken alapul, ezért a kapott számok csak a nagyságrendekre vonatkozóan adnak támpontot, továbbá az alkoholizmus tendenciáját jelezhetik.

A Jellinek-képlet a májzsugorodásban meghaltak számán alapul, és abból a következőképpen becsüli az alkoholisták számát:

alkoholisták száma = májzsugorodásban meghaltak száma $\times 0{,}60 \times 144$.

A képlet a következő feltevésekre támaszkodik: a májzsugorodásban meghaltak meghatározott része az alkoholizálás következtében kapott májzsugorodást; ezt a részt Jellinek 60%-nak vette, ezért szerepel a képletben a 0,60 együttható; a legújabb nemzetközi haláloki osztályozás külön-külön mutatja ki az alkoholizmussal összefüggő és össze nem függő májzsugorodás miatti halálozásokat; eszerint ma Magyarországon az alkoholizmussal összefüggő májzsugorodás aránya a kisebb (58%); a kétféle májzsugorodás különválasz-

tása a haláloki statisztikában azonban nem teljesen megbízható, így lehet, hogy mégis a 60%-ot helyesebb elfogadni.

A súlyos alkoholisták meghatározott része kap májzsugorodást és hal meg egy adott évben ennek következtében, ezt fejezi ki a 144 együttható. Mindkét alapfeltevés erősen hipotetikus, ezért a becslés nem teljesen pontos.

A Ledermann-módszer az egy főre jutó évi alkoholfogyasztáson alapul. S. Ledermann fogalmazta meg azt a tételt, hogy a különböző mennyiséget fogyasztók száma lognormális eloszlást mutat. Más szóval: kevesen vannak, akik egyáltalán nem fogyasztanak szeszes italt; legtöbben vannak, akik viszonylag keveset fogyasztanak, majd az egyre nagyobb fogyasztás felé haladva fokozatosan csökken az ilyen fogyasztók száma. Ledermann táblázatokat közölt, amelynek alapján meg lehet határozni, hogy az egy főre jutó átlagos fogyasztás függvényében mekkora a napi 10, 15, 20 és 30 centiliter 100%-os szesznek megfelelő mennyiséget fogyasztók aránya a népességben.

Ez a becslés azon a feltevésen alapul, hogy az egy főre jutó fogyasztás növekedése esetén a kis, közepes, mértéktelen fogyasztók fogyasztása egyformán emelkedik. Ez a feltevés erősen kétséges. Továbbá e módszerrel nem az alkoholisták számát kapjuk meg, és a kutatónak kell eldöntenie, milyen egy főre jutó fogyasztást tekint az alkoholizmus *alsó határának.*

**Az alkoholizmus hosszú távú tendenciája Magyarországon**

Az alkoholisták száma 1982-ben Magyarországon a Jellinek-képlet szerint:

alkoholista = 3451 × 0,60 × 144 = 298 000.

Ha nem a Jellinek-féle 0,60 együtthatót alkalmazzuk, hanem a *haláloki statisztika szerint alkoholizálás okozta* májzsugorodásban meghaltak számát vesszük alapul, akkor:

1981-ben: alkoholista = 2027 × 144 = 291 000.

Ha az 1981. évi egy főre jutó 100%-os szeszfogyasztást vesszük alapul, akkor Ledermann táblázata szerint napi több mint

10 centiliter 100 fokos alkoholt kb. 630 000 személy fogyaszt,
15 centiliter 100 fokos alkoholt kb. 500 000 személy fogyaszt,
20 centiliter 100 fokos alkoholt kb. 200 000 személy fogyaszt,
30 centiliter 100 fokos alkoholt kb. 80 000 személy fogyaszt.

Az alkoholistagondozó-intézetekben nyilvántartott alkoholisták száma 1982-ben 45 000 volt (és az ideggondozókban a további 6000), tehát meg sem közelíti a kétféle becslési módszerrel kapott számot. Ennek természetesen az az oka, hogy a gondozóintézetek nyilvántartásaiba – több okból – nem kerül bele minden alkoholista. Gondozóintézetek ugyanis csak a nagyobb városokban működnek. Így a falusi alkoholisták jelentős része aligha vállalkozik arra, hogy alkoholizmusát önként kezeltesse.

A számokra vonatkozó becslések tehát meglehetősen eltérőek. Ez természetes következménye annak, hogy magának az alkoholizmusnak a definíciója is bizonytalan. A Jellinek-képlet a szerző szerint is a súlyos alkoholisták számát adja meg. Ledermann több alkoholizáltsági fokról beszél. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) jelentéseiben megnyilvánuló újabb felfogás szerint he-

lyesebb alkoholizmus helyett az alkohollal kapcsolatos problémákról beszélni, és az ilyen problémát mutató személyek körét az alkoholistákénál (az alkoholfüggőséget mutatókénál) szélesebben megvonni.

Mind a Jellinek-, mind a Ledermann-képlet alapján mégis azt a következtetést vonhatjuk le, hogy *Magyarországon a súlyos alkoholisták száma közel 300 000.* Azoknak a száma pedig, akiknek életében az alkohol problémát okoz, ennél lényegesen nagyobb lehet, túllépheti az 500 000-et is (ebben a számban természetesen benne foglaltatik a 300 000 súlyos alkoholista is).

Fontosabb információt nyújt ennél a szeszesital-fogyasztás és a májzsugorodás okozta halálesetek hosszú távú tendenciája.

1880 körül (becsült adatok szerint) az egy főre jutó borfogyasztás 18,6 liter, a sörfogyasztás 3,4 liter és az égetett szeszesital- (elsősorban pálinka) fogyasztás 100 fokos szeszre átszámítva 8,2 liter volt (7. táblázat). Eszerint az összes szeszesital-fogyasztás – 100 fokos szeszre átszámítva – a jelenlegihez hasonló lett volna, de azon belül az égetett szeszes ital aránya sokkal nagyobb volt.

7. táblázat
**Az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás Magyarországon (liter)**

| Év | Bor | Sör | Égetett szeszes ital 100 fokos alkoholra átszámítva | Év | Bor | Sör | Égetett szeszes ital 100 fokos alkoholra átszámítva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1881* | 18,6 | 3,4 | 8,2 | 1957 | 25,7 | 28,0 | 1,42 |
| 1920/21 | 19,4 | 5,5 | | 1958 | 29,3 | 31,4 | 1,20 |
| 1921/22 | 25,0 | 9,5 | | 1959 | 31,5 | 33,9 | 1,35 |
| 1922/23 | 36,3 | 4,3 | | 1960 | 29,9 | 36,7 | 1,42 |
| 1923/24 | 40,8 | 5,1 | | 1961 | 26,9 | 38,8 | 1,61 |
| 1924/25 | 37,9 | 7,4 | | 1962 | 28,8 | 39,4 | 1,54 |
| 1925/26 | 36,5 | 5,4 | | 1963 | 29,3 | 41,1 | 1,67 |
| 1926/27 | 13,5 | 8,2 | | 1964 | 34,3 | 42,5 | 1,89 |
| 1927/28 | 18,5 | 7,9 | | 1965 | 32,8 | 44,2 | 1,50 |
| 1928/29 | 29,9 | 7,0 | | 1966 | 30,4 | 46,4 | 1,73 |
| 1929/30 | 23,0 | 5,2 | | 1967 | 34,2 | 49,9 | 1,86 |
| 1930/31 | 38,6 | 3,6 | | 1968 | 34,8 | 51,2 | 1,95 |
| 1931/32 | 38,1 | 2,1 | | 1969 | 38,5 | 54,2 | 2,33 |
| 1932/33 | 34,3 | 1,9 | | 1970 | 37,7 | 59,4 | 2,7 |
| 1933/34 | 29,0 | 1,9 | | 1971 | 38,5 | 60,2 | 2,9 |
| 1934/35 | 24,1 | 2,1 | | 1972 | 38,4 | 57,3 | 3,05 |
| 1935/36 | 26,9 | 2,5 | | 1973 | 38,5 | 61,6 | 2,91 |
| 1936/37 | 41,7 | 2,7 | | 1974 | 34,6 | 66,8 | 3,11 |
| 1937/38 | 40,7 | 3,2 | | 1975 | 34,2 | 72,3 | 3,61 |
| 1938/39 | 30,4 | 4,7 | | 1976 | 35,3 | 76,4 | 4,00 |
| 1950 | 33,0 | 8,3 | | 1977 | 34,0 | 80,6 | 4,62 |
| 1951 | 34,6 | 10,5 | 0,85 | 1978 | 33,8 | 86,0 | 4,61 |
| 1952 | 28,4 | 13,1 | 0,90 | 1979 | 34,0 | 86,1 | 4,15 |
| 1953 | 22,2 | 17,5 | 1,05 | 1980 | 34,8 | 86,0 | 4,64 |
| 1954 | 22,6 | 20,6 | 1,45 | 1981 | 29,7 | 89,2 | 4,97 |
| 1955 | 18,8 | 24,0 | 1,51 | 1982 | 31,8 | 89,7 | 4,75 |
| 1956 | 19,9 | 24,9 | 1,03 | 1983 | 29,6 | 88,8 | 4,80 |

* Becsült adat, az akkori országterületre vonatkozóan.

Az iparosodás előrehaladtával – más országokhoz hasonlóan – erősen visszaesett a szeszes ital, elsősorban a pálinka fogyasztása.

A két világháború között nem látszik emelkedés, sőt a gazdasági válság idején a sör és az égetett szeszes ital fogyasztása visszaesett. Az egy főre jutó sörfogyasztás, 100 százalékos szeszre átszámítva, az 1930-as évek elején öt liter körül volt, hasonlóképpen mint az 1950-es évek elején. Azóta, 1978-ig folyamatosan nőtt és 11 liter fölé emelkedett. Az 1978. évi alkoholizmusellenes intézkedések (közöttük az áremelések) óta a fogyasztás emelkedése megtorpant. Az 1982. évi előzetes adatok körülbelül az 1978. évi szintet érik el. Az 1950-es évek elejéhez képest azonban a növekedés több mint kétszeres.

Mivel azonban Ledermann szerint a mértéktelen alkoholfogyasztók száma az egy főre jutó fogyasztás négyzete szerint nő, az *alkoholisták száma több mint ötszörösére* emelkedhetett.

A májzsugorodás okozta halálesetek száma 1938-ban 675 (0,74), 1948-ban 366 (0,40), az 1950-es évek elején közel 600 (0,66 körül) volt, 1982-ben már közel 3451 (3,22). Eszerint a súlyos alkoholisták számának emelkedése az 1930-as évekhez, illetve az 1950-es évek elejéhez viszonyítva szintén körülbelül ötszörösnek mutatkozik.

**Az alkoholizmus nemzetközi összehasonlítása**

Az alkoholizmus alakulásának nemzetközi tendenciáit még nehezebb a rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján megítélni, mint a hazai tendenciákat. Ebben az esetben is felmerül a magyarországi alkoholizmus mérésénél már említett azon nehézség, hogy sem a fogyasztott mennyiség, sem a májzsugorodás okozta halálesetek száma nem szükségképpen pontos mutatója az alkoholizmus alakulásának. Ehhez még hozzájárul az is, hogy a különböző országok adatközlése nagyon eltérő pontosságú lehet. A szeszesital-fogyasztás esetében eltérő lehet a házilag termelt, előállított szeszes ital mennyiségének becslése, annál is inkább, mert a házilagos termelés is erősen különbözik országonként.

A májzsugorodási adatok esetében kérdéses, hogy a halálokok megállapítása minden országban egyformán pontos-e, és hogy az alkoholizmussal összefüggő májzsugorodás aránya azonos-e minden országban. Emellett szerepet játszhat egyszerűen az is, hogy az egyes országok statisztikai szolgálatai eltérő pontossággal dolgoznak, és eltérő adatközlési gyakorlatot követnek.

Mindezen fenntartások mellett is meg lehet fogalmazni néhány általános tendenciát:

1. *Hosszú távon* – a második világháború vége óta – Franciaország és Portugália kivételével minden európai országban *emelkedett a szeszesital-fogyasztás és ennek következtében feltehetően az alkoholizmus is.* A növekedés üteme országonként nagyon eltérő volt. Általában a már korábban is nagy fogyasztású országokban nőtt kevésbé, a kis fogyasztásúakban pedig erősebben a szeszes italok fogyasztása. A szocialista országokban az átlagosnál gyorsabb ütemben emelkedett a fogyasztás. A magyarországi növekedési ütem nem tartozik a legmagasabbak közé, de valamivel magasabb volt, mint a többi hasonló fogyasztású országé, ezért a szeszesital-fogyasztás sorrendjében valamivel előbbre ke-

rültünk. Meg kell jegyezni, hogy a májzsugorodás okozta halálesetek statisztikájában valamivel hátrább helyezkedünk el, mint a fogyasztás statisztikájában.

2. Az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás növekedése minden országban elsősorban abból adódott, hogy a *korábban kevésbé fogyasztott szeszesitalfajták fogyasztása nőtt meg erősen.* Az uralkodó szeszesitalfajták mellé felzárkózott a többi alkoholtartalmú ital is. Például a borfogyasztó országokban lényegesen több sört és égetett szeszes italt isznak, mint korábban. Ahol az összes szeszesital-fogyasztás csökkent – Franciaországban és Portugáliában –, ott az uralkodó szeszesitalfajta fogyasztása csökkent erősen, a többieké nőtt, de az utóbbi növekedés nem kompenzálta a borfogyasztás csökkenését. Két további országban – Olaszországban és Spanyolországban – is csökkent a borfogyasztás, de a másfajta szeszes italok fogyasztása ezt a csökkenést több mint kiegyenlítette.

Magyarország fogyasztási tendenciái beleillenek ebbe a nemzetközi tendenciába, mert a borfogyasztás az 1970-es évek eleje óta kissé visszaesett, és igen hosszú távon – a második világháború előtti időszakhoz viszonyítva – változatlan, bár a második világháború után jelentős visszaesést mutatnak a statisztikai adatok. A sör- és az égetett szeszesital-fogyasztás viszont erősen nőtt.

3. A szeszesital-fogyasztás nemcsak az országok között egyenlítődött ki, hanem az egyes országokon belül is ilyen tendenciákat mutattak ki. *Olyan társadalmi és demográfiai csoportok, amelyek korábban nem vagy alig fogyasztottak szeszes italt, jelenleg egyre többet fogyasztanak.* Így erősen nőtt a korábban keveset ivó nők és fiatalok, valamint (néhány országban) a falusi lakosság fogyasztása. Továbbá sok országban mutatták ki az egyáltalán nem fogyasztók arányának lényeges csökkenését.

4. *Rövid távon* – az 1970-es években, különösen azok második felében – *számos országban csökkent a szeszesital fogyasztása, vagy legalábbis megállt a növekedése.* Ilyen a már említett Franciaországon és Portugálián kívül Spanyolország, Olaszország, a Német Szövetségi Köztársaság, Ausztria, Svédország, Norvégia és Finnország, továbbá három szocialista ország: Lengyelország, Jugoszlávia és Románia. E három utóbbi ország esetében azonban fenntartással kell fogadnunk a változást, illetve nem beszélhetünk tartós tendenciáról. Lengyelországban csak 1981-ben csökkent a fogyasztás, és ez minden bizonnyal a gazdasági és politikai válsággal függ össze (többszöri szesztilalom, alacsonyabb reáljövedelem, áremelések). Jugoszláviában 1979-ben következett be csökkenés, az 1980. évi adat valamivel magasabb az előző évinél, de az égetett szeszesital-fogyasztás ebben az évben csak becsült adat. Romániában 1980-ban és 1981-ben volt csökkenés, az utóbbi év adata becslés. Az említett országok közül Franciaországban, Ausztriában, Spanyolországban a májzsugorodás okozta halálesetek aránya is csökkent, vagyis levonhatjuk azt a következtetést, hogy legalábbis *Franciaországban valóban csökkenő tendencia indult el.*

Magyarországon az alkoholizmus kedvezőtlen alakulása – más országokhoz viszonyítva – elsősorban abban mutatkozik, hogy *míg a többi nagy fogyasztású országokban az 1970-es évek felében megállt vagy csökkenőre fordult a növekedési tendencia, nálunk folytatódott az emelkedés.*

5. Az országok sorrendje az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás és a máj-

zsugorodás okozta halandóság adatai szerint nem mutat különösen nagy eltéréseket. Elfogadhatjuk tehát, hogy e két mutató többé-kevésbé megbízhatóan jelzi az alkoholizmus elterjedését. Ezzel szemben az ennek alapján kapott sorrend az egyes országokban egyáltalán nem egyezik meg sem a közfelfogással, sem az alkoholizmus problémájának tulajdonított jelentőséggel. Vannak országok, amelyekben az alkoholizmus mind a fogyasztási, mind a májzsugorodási adatok szerint gyakori, mégsem tulajdonítanak a problémának különösen nagy jelentőséget, és ezzel összefüggésben a közvélemény sem tartja azokat különösképpen erősen alkoholizmusfertőzött országoknak (pl. Olaszország, Spanyolország). *Vannak viszont olyan országok, amelyekben az alkoholizmus problémáját igen súlyosnak ítélik, és amelyeket a közvélemény is erősen iszákos társadalomnak tart, bár sem az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás, sem a májzsugorodás okozta halandóság nem magas.* Ilyenek mindenekelőtt Svédország és Finnország.

Ebből kétféle következtetést vonhatunk le:

– vagy az egyes társadalmakban az alkoholizmus problémájának tulajdonított jelentőség egyáltalán nem vagy alig függ össze az alkoholizmus tényleges elterjedtségével;

– vagy az alkoholizmus által okozott problémák láthatósága nem áll szorosabb kapcsolatban a fogyasztott mennyiséggel és a májzsugorodásban megnyilvánuló egészségi károsodással.

### Az alkoholizmus demográfiai, területi és társadalmi különbségei

Mivel nem ismerjük pontosan az alkoholisták számát, a demográfiai, területi és társadalmi csoportok szerinti megoszlásukat, gyakoriságukat sem tudjuk pontosan megállapítani.

Támpontot nyújtanak azonban az alkoholistagondozó-intézetekben nyilvántartottakra és gondozottakra vonatkozó adatok. Ezek szerint 1980-ban a gondozott alkoholisták 87,5%-a férfi, 12,5%-a nő volt. *A férfiak tehát nagy többségben vannak.* Meg kell azonban jegyezni, hogy 1976-ban még csak 9,3% volt a nők aránya. Ebből óvatosan arra következtethetünk, hogy a nők körében is gyakoribbá válik az alkoholizmus.

A májzsugorodás okozta halálesetek között a nők aránya azonban sokkal magasabb: körülbelül 2: 1 a nők és a férfiak egymáshoz viszonyított száma. Az alkoholos eredetű májzsugorodás következtében meghaltak között 3: 1 a nemek aránya. Meg kell azonban jegyezni, hogy a szakirodalomban van olyan feltevés, hogy az alkoholizáló nőket erősebben veszélyezteti a májzsugorodás, mint az alkoholizáló férfiakat.

A 8. táblázat szerint a felnőttkor derekán, a 40–49 éves korcsoportban a leggyakoribb az alkoholizmus. Ezzel szemben a májzsugorodás okozta halálesetek életkor szerinti megoszlása arra enged következtetni, hogy az 50–59 éves korcsoportban a legtöbb az alkoholista. A két kormegoszlás közötti eltérés valószínű oka, hogy az alkoholisták az alkoholizmus folyamatának egy korábbi szakaszában kerülnek a gondozóintézetekhez, mint amelyikben a májzsugoro-

8. táblázat
**A nyilvántartott alkoholisták száma és aránya korcsoportonként, 1980**

| Korcsoport | Nyilvántartott alkoholisták | |
|---|---|---|
| | fő | aránya a népességhez viszonyítva (%) |
| 20 éves korig | 350 | .. |
| 20–29 éves | 6 196 | 0,86 |
| 30–39 éves | 13 834 | 1,83 |
| 40–49 éves | 13 214 | 2,06 |
| 50–59 éves | 7 983 | 1,25 |
| 60 éves és idősebb | 1 746 | 0,23 |

dás fellép. Mindenképpen levonhatjuk azonban azt a következtetést, hogy *az alkoholizmus az aktív felnőttkor derekán a leggyakoribb.*

Ennek feltételezhető magyarázata, hogy az érintettek általában a felnőttkor kezdete körül kezdik el a mértéktelen ivást. Ettől az alkoholizmus kifejlődéséig – egy olyan fázis eléréséig, amelyben májzsugorodás léphet fel, illetve amikor az alkohol okozta viselkedési problémák olyan fokúakká válnak, hogy az alkoholista saját elhatározásából, vagy környezete rábeszélésének engedve, vagy hatóságilag kötelezve az alkoholelvonó-kezelésig eljut – bizonyos időnek el kell telnie.

Az alkoholisták számának csökkenése a 60. életév után összefügghet azzal, hogy – az alkoholizálás lényegesen megrövidíti az életet – egy része már meghal, vagy olyan egészségi állapotba jut, hogy nem képes nagyobb mennyiségű alkoholt beszerezni és még kevésbé úgy viselkedni, hogy a környezete gondozóintézetbe juttassa.

A májzsugorodás okozta halálesetek száma meglehetősen nagy – két-két és félszeres – területi különbségeket mutat. Az egy-egy évre jutó, viszonylag kis esetszámok miatt a megyei adatok némileg ingadoznak, mégis azt lehet mondani, hogy két területen különösen gyakori az alkoholizmus: *Budapesten és környékén* (Pest, Fejér és Komárom megye), *valamint a nagy bortermelő (és esetleg pálinkafőző) területeken* (Bács-Kiskun, Heves és Zala megye). Ez egyben érdekes következtetésekre is lehetőséget nyújt a nagy mennyiségű ivás társadalmi méretű okairól: egyrészt a városiasodás-iparosodás velejárója, másrészt a régi hagyományok továbbélésének következménye.

Három nagy *társadalmi kategóriára* vonatkozóan tudjuk a májzsugorodás okozta halálesetek arányát kiszámítani (9. táblázat).

9. táblázat
**A májzsugorodás okozta halálesetek száma és aránya, 1980**

| Társadalmi kategória | Férfi | | Nő | |
|---|---|---|---|---|
| | halálesetek (fő) | 10 000 személyre számítva | halálesetek (fő) | 10 000 személyre számítva |
| Szellemi foglalkozású | 240 | 34,5 | 136 | 11,6 |
| Munkásosztály | 1472 | 65,8 | 491 | 28,5 |
| Szövetkezeti parasztság | 498 | 80,6 | 153 | 29,1 |

10. táblázat
**A budapesti lakosú gyógykezelt alkoholisták megoszlása,* 1960 (%)**

| Társadalmi kategória | Férfi | | Nő | |
|---|---|---|---|---|
| | összes keresők | kereső alkoholisták | összes keresők | kereső alkoholisták |
| Szellemi foglalkozású | 30,4 | 12,1 | 35,9 | 21,8 |
| Ipari, építőipari, közlekedési szakmunkás | 28,1 | 37,0 | 4,2 | 6,6 |
| Betanított és segédmunkás | 21,1 | 28,7 | 31,2 | 27,5 |
| Kereskedelmi, szolgáltatási, közszolgálati fizikai | 11,3 | 17,1 | 19,9 | 38,7 |
| Mezőgazdasági fizikai | 0,6 | 1,7 | 0,4 | 1,6 |
| Kisipari ktsz-tag | 4,5 | 1,9 | 5,9 | 2,5 |
| Önálló | 4,0 | 1,5 | 2,5 | 1,3 |
| *Összesen* | *100,0* | *100,0* | *100,0* | *100,0* |

* Az 1960. évi népszámlálás besorolása alapján.

Az 1960-as évek közepén a budapesti lakosú gyógykezelt alkoholisták adatai (10. táblázat) azt mutatják, hogy az alkoholisták között kevesebb a szellemi foglalkozású és több a munkás, mint a budapesti keresőképes népességben.

*Eszerint a társadalom kedvezőtlenebb helyzetű rétegeiben gyakoribb az alkoholizmus.*

Ebben azonban vitathatatlanul szerepet játszik az is, hogy *az alkoholisták ivásuk következtében sok esetben kedvezőtlenebb társadalmi helyzetbe kerülnek.*

## A mentális zavarok

### A mentális zavarok hosszú távú tendenciája Magyarországon

A társadalmi beilleszkedési zavarok közül a mentális zavarok elterjedtségéről a legnehezebb világos képet kapni. Egyrészt rendelkezésünkre állnak adatok az elme- és ideggyógyászati fekvőbeteg-intézmények működéséről, betegforgalomról, valamint az ideggondozó intézetek tevékenységéről, az ott nyilvántartott betegek számáról. Ezek az adatok azonban legfeljebb a betegségek előfordulásának alsó határaként foghatók fel, mert feltételezhetjük, hogy akit az idegbeteg-gondozókban gondoznak (viszonylag kiegyensúlyozott állapotban levő betegek), és akiket elme- és ideggyógyászati fekvőbeteg-intézményekben kezeltek, azok az adott évben biztosan betegek voltak. A kórházakban kezeltekkel kapcsolatban meg kell azonban jegyezni, hogy nem jelentéktelen részüket alkoholizmus miatt kezelték, továbbá olyanok is akadnak közöttük, akiket nem pszichiátriai kórformákkal kezeltek. (Emellett egy beteg többször is kórházba kerülhet egy év alatt.) Viszont nem feltételezhetjük, hogy nincsenek olyan kevésbé súlyos betegek, akik elkerülik a gondozóintézetek figyelmét és még inkább olyanok, akik nem kerülnek kórházba.

Az ideggondozó intézetekben 1982-ben 110 000 beteget tartottak nyilván, az elme- és ideggyógyászati fekvőbeteg-intézményekből 159 000 beteget bocsátottak el. (A betegeknek ez a két száma nem adható össze minden további nélkül,

mert részben átfedik egymást.) Ez azt jelentené, hogy *az össznépességnek körülbelül 1-2%-a biztosan mentális beteg.*

Valamivel biztosabban lehet egy-egy jól körülhatárolható és súlyos mentális betegség előfordulásának gyakoriságát becsülni egy-egy kisebb területen (városrészben, városban, megyében), ha feltételezzük, hogy minden ilyen betegről tudomást szerez az adott terület egészségügyi intézménye, és az ilyen betegek csak az adott intézményen keresztül kapnak orvosi kezelést. Így az ideggondozó intézetek betegnyilvántartásai alapján megbecsülhető például a szkizofrén betegek aránya. Két ilyen magyarországi vizsgálat (egy budapesti kerületben és Fejér megyében) egyaránt körülbelül 2,3 ezreléknek találta a szkizofrén betegek arányát. Az összes ideggondozó intézetben nyilvántartott 23 796 szkizofrén beteg hasonlóképpen az ország lakosságának 2,3 ezreléke. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a népességnek csak ennyi ezrelékében fordul elő szkizofrén betegség az élete folyamán (11. táblázat).

11. táblázat
**Adatok az elme- és idegbetegekről, 1951–1983**

| Év | Az ideggondozó intézetekben nyilvántartott elme- és ideg-betegek | Az ideggondozó intézetek nyilvántartásába felvett új betegek | Az elme- és ideggyógyintézetekből elbocsátott betegek |
|---|---|---|---|
| | 1000 fő | | |
| 1951–1954 átlaga | .. | .. | 36 |
| 1955–1959 átlaga | .. | .. | 45 |
| 1960–1964 átlaga | .. | .. | 56 |
| 1965 | 47 | 9 | 64 |
| 1966 | 47 | 9 | 64 |
| 1967 | 48 | 12 | 75 |
| 1968 | 57 | 18 | 75 |
| 1969 | 63 | 15 | 77 |
| 1970 | 62 | 11 | 81 |
| 1971 | 73 | 17 | 84 |
| 1972 | 78 | 18 | 94 |
| 1973 | 91 | 21 | 98 |
| 1974 | 97 | 22 | 108 |
| 1975 | 106 | 22 | 109 |
| 1976 | 109 | 23 | 114 |
| 1977 | 113 | 22 | 121 |
| 1978 | 114 | 19 | 126 |
| 1979 | 113 | 19 | 133 |
| 1980 | 108 | 19 | 141 |
| 1981 | 110 | 20 | 157 |
| 1982 | 110 | 20 | 159 |
| 1983 | 108 | 19 | 164 |

A mentális betegségek gyakorisága vizsgálatának másik lehetősége egy-egy terület lakosságának teljes körű szűrővizsgálata. Egy ilyen vizsgálat eredményei szerint, a vizsgált falu 15 éves és idősebb lakosságában a mindenféle mentális zavarokban (neurózisokat is beszámítva) szenvedők aránya 1961-ben 30%, 1970-ben 42% volt. Ez azonban kétségtelenül egy olyan felső határérték, amelybe mindenféle kisebb lelki zavart is számításba vettek.

Tehát az egyik legsúlyosabb mentális betegségben, *a szkizofréniában szenvedők aránya a 2 és 2,5 ezrelék* között lehet. Az *összes súlyosabb pszichiátriai betegségben szenvedők aránya* az egészségügyi statisztikák alapján *1 és 2%* közöttire becsülhető. A tömegméretű, de kevésbé súlyos és jól kezelhető mentális zavarformában, a neurózisban szenvedők számának pontos meghatározása már sokkal bizonytalanabb. Az idézett vizsgálat és a magyar pszichiáterek becslései a *neurózisban szenvedők arányát* 25 és 50% közöttire teszik.

Még nehezebb a *mentális zavarok hosszú távú tendenciáját* megállapítani. Az 1965-ben létesített ideggondozó intézetek adatai, valamint az elme- és idegkórházak adatai ugyanis minden valószínűség szerint azért mutatják a kezelt betegek számának jelentős növekedését, mert a gondozóintézeti hálózatot időközben fokozatosan fejlesztették, a kórházi ágyak számát fokozatosan növelték. A fent idézett községi szűrővizsgálati adatok mindenesetre figyelmeztető jellegűek, mert ebben az esetben ugyanaz az orvos, illetve orvoscsoport végezte a vizsgálatokat ugyanabban a faluban.

A hosszabb távú tendenciákat illetően figyelmet érdemel, hogy a mentális zavarok gyakoriságának növekedése erősen foglalkoztatta a századforduló körül a szakorvosokat. Ebből arra lehet következtetni, hogy akkor – a közelmúltban feltételezhetőhöz hasonló – emelkedés következhetett be legalábbis a mentális zavarok észlelésében.

Mégis összefoglalóan azt kell mondani, hogy *a mentális zavarok jelenlegi gyakoriságáról és annak időbeli alakulásáról biztos adatokat mondani nem tudunk.*

**A mentális zavarok nemzetközi összehasonlítása**

A mentális zavarok nemzetközi összehasonlítása igen nagy nehézségekbe ütközik, mivel ehhez különböző országokban azonos diagnosztikai elvek alkalmazásával, azonos módszerekkel kellene vizsgálatokat végezni. Ilyen vizsgálatok eddig nincsenek. Ezért arra kell szorítkoznunk, hogy bemutassuk a különböző külföldi országokban különféle módszerekkel más-más elmebetegségekre, neurózisokra vonatkozóan végzett vizsgálatok eredményeit, hogy ezeknek alapján a magyarországi eredményeket pontosabban érzékelhessük.

A Német Szövetségi Köztársaságban egy félmilliós lakosságú körzetben a kezelt elmebetegek aránya 8,9 ezrelék volt. Más, teljes népességekre vonatkozó vizsgálatok szerint a különféle országokban a pszichózisok „lifetime" prevalenciája (az egész életük folyamán a megbetegedők aránya) 12,4 és 35,9 ezrelék között volt. A szkizofrénia gyakoriságát 0,73 és 2,1 ezrelék közöttinek, a depresszióét 0,13 és 1,65 ezrelék közöttinek találták.

A depresszió gyakoriságáról pontos adataink vannak a dániai Århus város vizsgálata alapján 1975-ből: a férfiak 1,3 ezreléke, a nők 3,3 ezreléke szenvedett depresszióban.

Az Egyesült Államokból 1969-ből vannak adatok az öregkori pszichózisok gyakoriságáról (12. táblázat).

Végül érdekességként megemlíthetjük, hogy az összes pszichózisok gyakoriságának jelentékeny különbségeit mutatták ki Jugoszláviában: a tengerparton

12. táblázat
**Az öregkori pszichózisok gyakorisága az Egyesült Államokban, 1969 (%)**

| Életkori csoport | Öregkori pszichózis | Érelmeszesedéses pszichózis |
|---|---|---|
| 70–79 évesek | 9,8 | 3,5 |
| 80 évesek és idősebbek | 38,9 | 9,2 |

és a szigeteken csaknem kétszer akkora a prevalenciájuk (Rijeka 11,6 ezrelék), mint Horvátországnak a Dráva és a Száva közötti részein (Zágráb 7,2 ezrelék).

Ezek a külföldi adatok a nagyságrendek tekintetében hasonlítanak a Magyarországon becsülhető 1-2%-os összes pszichózis prevalenciához és a 2,3 ezrelékes szkizofrénia prevalenciához.

Végeztek külföldön is egy-egy kisebb területen szűrővizsgálatokat. Ezek közül az amerikai Stirling County-ban (falusias területen) 57%-nak találták a neurotikus és más mentális zavarokban szenvedők arányát, a New York-i Manhattan belvárosban pedig 81,5%-nak. Ezek az arányok tehát magasabbak, mint az említett magyarországi községi szűrővizsgálat által megállapítottak.

Összefoglalóan azt lehet mondani, hogy *az elme- és idegbetegségek, valamint neurózisok külföldön megállapított előfordulási arányai a magyarországi vizsgálatok eredményeihez hasonló nagyságrendűek.*

**A mentális zavarok demográfiai, területi és társadalmi különbségei**

Mivel nincs pontos képünk arról, hogy Magyarországon hányan szenvednek mentális zavarokban, arról sem lehet pontos adatunk, hogyan oszlanak meg a nem, életkor, lakóhely és társadalmi helyzet szerint. Bizonyos információk azonban rendelkezésünkre állnak; ezek alapján következtethetünk ezekre a különbségekre.

A nemek szerinti megoszlásról képet adnak az ideggondozókban nyilvántartott és az elmekórházakban kezelt betegekre vonatkozó adatok. Az ideggondozó intézetekben nyilvántartott betegek 57%-a nő. A szkizofrén betegek 56%-a nő. *Tehát a mentális betegek között többségben vannak a nők.*

Az elmekórházakban kezelt betegek között viszont a férfiak vannak többségben. Ennek az az oka, hogy az elmekórházi ágyakon meglehetősen nagyszámú alkoholistát is kezelnek, ezeknek pedig nagy többsége férfi. Az alkoholisták levonása után itt is nőtöbbség marad.

A mentális betegek életkor szerinti megoszlására vonatkozó különböző adatok kis eltéréseket mutatnak. Az ideggondozó intézetekben nyilvántartott betegek között az 51–60 éves, az ideggondozó intézetekben nyilvántartott szkizofrén betegek között a 40–49 éves korcsoport volt a legnagyobb létszámú.

Rendszeresen és lényegesen eltér a férfiak és a nők kormegoszlása: mindegyik adatforrás szerint *a nőbetegek az idősebbek.*

Egy szkizofrén betegekre kiterjedő vizsgálat azt mutatta, hogy a szkizofrénia prevalenciája a férfiaknál a 30–39 éves korcsoportban, a nőknél a 40–49 éves korcsoportban a legmagasabb, és hogy ennek az az oka, hogy a férfiaknál általában fiatalabb korban jelentkezik először a szkizofrénia, mint a nőknél.

A már említett községi szűrővizsgálat azt találta, hogy a neurotikusok aránya az életkorral párhuzamosan kissé emelkedett egészen az 55. évig.

A különböző forrásokból származó adatok kisebb eltéréseit az okozhatja, hogy nem azonos fajtájú beteg népességekről van szó: a szkizofrének nyilvánvalóan eltérnek a többi mentális betegektől, akik között sokan lényegesen kevésbé súlyos betegségekben, pl. neurózisban szenvednek. Az elmekórházakban ápoltak összetételét az alkoholisták módosítják; ezenkívül a kózházakban ápoltak többnyire akutan megbetegedettek, viszont az ideggondozó intézetekben nyilvántartottak jó része már hosszabb ideje beteg, de a társadalomban való életre képes, tehát némileg rendeződött állapotú személy.

Igen óvatosan azt a következtetést fogalmazhatjuk meg, hogy a mentális zavarok általában *az ifjúkor végén és a fiatal felnőttkorban jelentkeznek először*, és az adott népességen belül az életkorral párhuzamosan halmozódnak. Azt, hogy a kórházi és ideggondozó intézeti vizsgálatokban az idősebb aktív felnőttek és még inkább a nyugdíjaskorúak között kisebb a betegeknek a lakossághoz viszonyított aránya, talán azzal magyarázhatjuk, hogy az idősebb személyekkel szemben kisebbek az elvárások. Aktív kereső szerepeket nem kell betölteniük, ezért betegségüket jobban elfogadja a környezet, és nem látja szükségesnek kezeltetésüket. A szűrővizsgálatokban viszont az ilyen betegeket is kimutatják. Továbbá a 70. életév után megnő az öregkori pszichotikusok aránya, ők azonban nem a szkizofrének nyivántartásában jelennek meg.

Az elme- és idegbetegségek 1000 lakosra jutó aránya az elváltak között sokkal magasabb, a nőtlenek és hajadonok között valamivel magasabb az átlagosnál, a házas családi állapotúak között viszont kevesebb. Az ideggondozó intézeti vizsgálatok szerint a szkizofrén férfiak között igen magas a nőtlenek aránya. Ez azzal magyarázható, hogy a szkizofrénia a férfiaknál sok esetben viszonylag korán jelentkezik, a szokásos házasságkötési életkor előtt, és ezáltal megakadályozza a házasságkötést. *A szkizofrén betegek többsége nem él házasságban, ezért a magányosság fokozhatja az amúgy is nehéz anyagi és lelki helyzetüket.*

Az 1960-as évek elején lényegesen nagyobbnak találták a budapesti betegek 100 000 lakosra jutó arányát, mint a vidéki városokban lakókét, és a községekben mutatták ki a legkisebb arányokat. Ezzel szemben az 1980. évi ideggondozó intézeti adatok szerint több olyan megye van, ahol a gondozó intézetekben nyilvántartott betegek aránya sokkal magasabb a budapesti aránynál. Ezek a megyei adatok azonban arra engednek következtetni, hogy az ideggondozó intézetekben nyilvántartott betegek számát erősen befolyásolja az ideggondozó intézeti orvosi ellátottság. Ugyanis némelyik megyében, ahol a 10 000 lakosra jutó betegek aránya különösen alacsony – mint Vas, Szabolcs-Szatmár és Zala megyében –, az orvosellátottság is igen alacsony. Ugyanitt általában kevés az új betegek száma is. Ez is alátámasztja azt a korábbi következtetést, hogy *az ideggondozó intézeti betegadatokat erősen befolyásolja az ideggondozó intézeti ellátottság*, így belőlük nem lehet a betegek tényleges arányára következtetni.

A betegségek társadalmi különbségeire vonatkozó szórványos adatok ellentmondóak. Az 1960-as évek elején körülbelül másfélszer nagyobbnak találták a szellemi foglalkozásúak körében a kórházba felvett betegek arányát, mint a fizikaiak között. Viszont az újabb ideggondozó intézeti vizsgálatok a szakkép-

zetlen munkások körében kissé magasabbnak találták a szkizofrénia előfordulását, mint a szellemi foglalkozásúak körében. A Fejér megyei ideggondozó intézeti vizsgálat szerint a mezőgazdasági fizikai foglalkozásúak között különösen kicsi volt a betegség gyakorisága. Ezekben a különbségekben többféle tényező játszhat szerepet:

– lehetséges, hogy a mezőgazdasági lakosság körében nagyobb a beteg magatartással szembeni türelem;

– a szellemi foglalkozásúak körében valamivel jobbnak tűnnek a gyógyulási esélyek;

– előfordul, ha nem is gyakran, a kedvezőbb társadalmi helyzetűek társadalmi lecsúszása a betegség következtében, vagyis nem zárható ki a betegek halmozódása.

Összefoglalóan azt lehet mondani, hogy *a súlyos elmebetegségek feltehetően valamivel gyakoribbak a szakképzetlen munkásság körében,* mint más rétegekben.

## A veszélyeztetett helyzetben levő fiatalok

### A veszélyeztetett fiatalok száma

A veszélyeztetett fiatalkorúak számának megállapítása lényegesen nehezebb, mint a társadalmi beilleszkedési zavart mutatóké. Ugyanis magát a veszélyeztetettség állapotát sem lehet egyértelműen meghatározni, mert annak sem mérhető, sem egyértelműen értékelhető mutatója nincs. Ide tartoznak azok a fiatalkorúak (0–18 évesek), akiknek szülei is rosszul illeszkedtek a társadalomba, akik a kiskorúságuk idején ugyancsak veszélyeztetettek voltak. Ide tartoznak a súlyos magatartási és erkölcsi zavarokat mutató gyermekek és ifjak, akik már nem csupán veszélyeztetettek, hanem gyakran maguk is veszélyeztetők: züllésnek indultak, nehezen nevelhetők.

A veszélyeztetettek számának teljes körű felmérését az Országos Gyermek- és Ifjúságvédelmi Tanács (1962-ben megszűnt) kezdeményezésére 1961-ben végezték el először. Házról házra, iskoláról iskolára járva 27 000 olyan kiskorút találtak, aki igen kedvezőtlen, fejlődését is súlyosan veszélyeztető körülmények között élt.

A veszélyeztetett kiskorúak nyilvántartása 1974 óta kötelezően az e célra rendszeresített nyilvántartó lapon történik a közoktatási intézményekben; az ezen intézményeken kívüli korosztályból a veszélyeztetettek a gyámhatósági nyilvántartásban szerepelnek. A közoktatási intézmények a súlyosabb eseteket a gyámhatóságnak is jelentik, a hatósági intézkedésre nem javasolt enyhébb eseteket pedig pedagógiai keretben igyekeznek orvosolni.

Az adatok értékelésénél figyelembe kell venni, az említett tartalmi bizonytalanságon túl, hogy a nyilvántartás – jellegéből következően – többnyire csak az óvodába, illetve iskolába járókra terjed ki. Például a munkába álló fiatalkorúak, illetve a 0–3 év közöttiek közül csak a szélsőségesen súlyos esetek kerülnek regisztrálásra.

*A nyilvántartásba vételhez használt veszélyeztetettség-meghatározás szerint:*

veszélyeztetett kiskorú az, akinek gondozását, oktatását, nevelését, tartását, testi, értelmi és erkölcsi fejlődését bármilyen ok károsan befolyásolja vagy akadályozza.

A veszélyeztetettként nyilvántartottak száma 1970 óta is erősen emelkedett. Felgyorsult ez a növekedés az 1980–1982 közötti időszakban (13. táblázat).

13. táblázat
**A veszélyeztetett kiskorúak száma, 1980–1982**

| Nyilvántartó intézmények | 1980 | 1981 | 1982 | Növekedés 1980–1982 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Közoktatási intézmények | 75 586 | 82 644 | 97 248 | 28,6 |
| Gyámhatóságok | 56 929 | 62 429 | 68 188 | 19,7 |
| | 132 515 | 145 073 | 165 436 | 24,8 |
| Ebből levonva a mindkét helyen nyilvántartottak száma | 38 344 | 41 537 | 44 551 | .. |
| *A veszélyeztetettek száma összesen* | *94 171* | *103 536* | *120 885* | 28,3 |

Az 1982-ben veszélyeztetett helyzetben levő 120 885 fiatal a 0–18 éves korú népességnek közel 4,5%-a. A tényleges szám azonban ennél feltehetően lényegesen nagyobb. Egyes körülhatárolható területeken, övezetekben gyakran feltűnően nagy a veszélyeztetettek száma (14. táblázat).

14. táblázat
**A veszélyeztetett kiskorúak megoszlása közoktatási intézmények szerint, 1982**

| Közoktatási intézmények | Fő |
|---|---|
| Óvoda | 14 557 |
| Általános iskola | 62 722 |
| Gyógypedagógiai iskola | 7 922 |
| Szakmunkásképző intézet | 7 756 |
| Középiskola | 4 291 |
| *Összesen* | *97 248* |

1982-ben a demográfiai hullám az első osztályos gyermeknépességnél tetőzött. Így a következő években az általános iskolai korosztályban a veszélyeztetettek dinamikus növekedése várható.

A veszélyeztetettség alsó határán helyezhetők el az időszakos (rendkívüli) és a rendszeres nevelési segélyre szorulók, felső határán pedig az állami gondozásba vettek, akiket már ki kellett emelni ártalmas környezetükből.

A veszélyeztetettségen belül a legmarkánsabb probléma a gyermek- és fiatalkorban elkövetett bűncselekmények számbeli és súlyosságukban is megmutatkozó növekedése. De feltűnő – noha számszerűleg pontosan nem kimutatható – a kiskorúak körében a neurózisok, a magatartászavarok, a lelki bajok, az elmagányosodás és a csavargás különféle formáinak terjedése.

Az említett nyilvántartásban nem szerepelnek a legsúlyosabban veszélyeztetettek. A gyermek- és ifjúságvédő intézetekben elhelyezett *állami gondozottak száma* 1982-ben 32 213; ehhez hozzászámíthatjuk az ezer körüli intézkedéssel elhelyezettet és a 616 ideiglenesen beutaltat. Ez a szám a második világháborútól a hetvenes évek közepéig ingadozva nőtt, attól kezdve azonban nem emel-

kedett. Az évenkénti állami gondozásba vételek száma csökkent, ami feltehetően a rendszeres nevelési segély bevezetésének és kiterjesztésének is köszönhető. Rendszeres nevelési segélyben 1975-ben 3535, 1982-ben már 16 445 fő részesült, feltehetően a segélyezési lehetőségek kiszélesedésének következményeként.

A rendszeres nevelési segély kiterjesztése tehát minden jel szerint megelőzött nagyszámú állami gondozásba vételt, azzal, hogy a családot jobb anyagi körülmények közé juttatta.

15. táblázat
**A gyermek- és ifjúságvédelem körébe tartozók száma, 1982**

| Ok | Fő |
|---|---|
| Nyilvántartott veszélyeztetett | 120 885 |
| Rendszeres nevelési segélyben részesült | 16 445 |
| Rendkívüli segélyben részesült | 97 377 |
| Állami gondozott (nevelőotthonban + nevelőszülőnél) | 32 213 |
| Intézetben elhelyezett nem állami gondozott | 970 |
| Ideiglenesen beutalt | 616 |
| Gyámhatósági intézkedésre pártfogolt (hivatásos és nem hivatásos pártfogókkal) | 8 245 |
| Bírósági intézkedésre pártfogolt | 5 463 |
| Nevelőotthon által utógondozott | 3 407 |
| Nevelőintézet által utógondozott | 483 |

*Megjegyzés:* Ezek a tényszámok nem adhatók össze, mert átfedéseket tartalmaznak.

Semmilyen lehetőség nincs a veszélyeztetett gyermekek arányának nemzetközi összehasonlítására, annak a megállapítására, hogy ez Magyarországon gyakoribb-e, vagy kevésbé gyakori, mint más országokban. Azt azonban egyértelműen meg lehet állapítani, hogy hazánkban létszámuk is, korcsoportjukban képviselt arányuk is növekszik (15. táblázat); *a fiatal nemzedékek aggodalmat keltően nagy része él a fejlődését veszélyeztető körülmények között.*

## A veszélyeztetettség okai és társadalmi különbségei

A veszélyeztetettségnek igen sok és sokféle oka lehet. Ezekről ma még nincs pontos átfogó képünk. A gyámhatóságok által nyilvántartott gyermekeknél a nyilvántartásba vétel fő okait a 16. táblázat mutatja.

16. táblázat
**A gyámhatóságok által nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak megoszlása a nyilvántartásba vétel oka szerint, 1982**

| Ok | Kiskorúak | |
|---|---|---|
| | fő | % |
| Környezeti | 37 251 | 54,6 |
| Magatartási | 13 627 | 20,0 |
| Anyagi | 15 736 | 23,1 |
| Egészségi | 1 574 | 2,3 |
| *Összesen* | *68 188* | *100,0* |
| Ebből lakáskörülmények miatt is | 16 303 | 23,9 |

Összehasonlítottuk az okok megoszlási arányát a tíz évvel korábbival, és azt láttuk, hogy a környezeti ok miatt veszélyeztetettek százalékos aránya lényegesen (13,7%-kal), a magatartási ok miatt veszélyeztetetteké enyhén (2,4%-kal) nőtt, míg az anyagi okok részesedése 14,5%-kal, az egészségi okoké 1,6%-kal csökkent. Abszolút számokban a változás még jelentősebb. Ha az 1972-es évet 100%-nak vesszük, 1982-ben a következőképpen fest a helyzet az országos adatokat közlő gyámhatósági statisztika szerint: környezeti ok 197,6%, magatartási ok 168%, anyagi ok 90,9%, egészségi ok 87,1%; összesen 148%.

A fővárosi VII. kerületi oktatási-nevelési intézmények nyilvántartásait feldolgozó 1982-es vizsgálat eredményei szerint az összes veszélyeztetett közül a családban előforduló italozó életmód miatt is veszélyeztetett 26,5%. (A gyámhatósági statisztikák szerint ezek aránya országosan 30,7%, a fővárosban 27,5%, tehát a kerületi iskolai nyilvántartásokban szereplő adatok lényegesen nem térnek el az országos átlagtól.) Természetesen itt is, de a többi kategóriánál is figyelembe kell venni, hogy a veszélyeztetettség okait a pedagógus saját megfigyelései és tapasztalatai, nem pedig a nyilvántartott vagy diagnosztizált esetek figyelembevételével állapítja meg. Ezek szerint büntetve volt a közvetlen családból valaki 7,7%-nál, illetve büntetése folyamatban van 3,2%-nál, összesen tehát 10,9%-nál. Ideg-elmebeteg az apa vagy az anya – a pedagógus megítélése szerint – 7,7%-nál, egyéb közvetlen családtag 1,3%-nál, vagyis a veszélyeztetettek 9%-ának közvetlen környezetében fordul elő ez a veszélyeztető ok.

A nyilvántartás általában két vagy több veszélyeztető okot is megjelöl. (A vizsgálat csak az esetek 16,2%-ában mutatott ki egyetlen okot.) Nyilvánvaló összefüggés van pl. az anyagi helyzet, a lakáskörülmények és az alkoholizmus között. A szülők társadalmi beilleszkedési zavara legtöbbször a gyermek nevelésének elhanyagolását, közömbös szülői magatartást, brutalitást okozhat; sok esetben a család felbomlásának is előidézője lehet. A VII. kerületben a veszélyeztetett kiskorúak 64,8%-ánál jelölnek nevelési hiányosságokat is okként; ez rendszerint már igen súlyos személyiségfejlődési problémának ítélhető.

Ha a családjukból súlyos veszélyeztetettség miatt kiemelt és jelenleg állami gondozásban levő kiskorúak beutalási okainak megoszlását tekintjük – bár összlétszámuk az elmúlt tíz évben lényegesen nem változott –, 20%-kal nőtt a környezeti okból állami gondozásba kerültek számaránya (17. táblázat).

17. táblázat
**Az állami gondozottak megoszlása a gondozásba vétel oka szerint, 1982. XII. 31-én**

| Ok | Kiskorúak | |
|---|---|---|
| | fő | % |
| Környezeti | 24 165 | 74,6 |
| Magatartási | 5 483 | 16,9 |
| Szülők hiánya | 1 401 | 4,3 |
| Egészségi | 1 325 | 4,2 |
| *Összesen* | *32 374* | *100,0* |

Az 1970-es évek elején a budapesti állami gondozottak körében végzett vizsgálat ennél részletesebben és konkrétabban kutatta a gondozásba vételt szükségessé tevő okokat. (Megjegyezzük: az állami gondozásba vétel okainak megoszlását nem lehet teljesen azonosnak tekinteni a veszélyeztetettség okainak

megoszlásával.) Eszerint a család felbomlása, a szülők alkoholizmusa és kriminalitása, továbbá az anyagi elesettség és a rossz lakáskörülmények voltak a leggyakoribb okok.

Megalapozottan vonhatjuk tehát le azt a következtetést, hogy *a veszélyeztetettség oka legtöbbször vagy anyagi természetű, vagy a szülők társadalmi beilleszkedési zavaraiból ered.* E két okcsoport az esetek többségében összekapcsolódik.

A társadalmi beilleszkedési zavarok *kétszeresen* sújtják a gyermek- és fiatalkorúakat. A szülők társadalmi beilleszkedési zavarai következtében szükségképpen veszélyeztetett helyzetbe kerülnek. A veszélyeztetettség legtöbbször az *anyagi életkörülmények rossz színvonala* vagy gyors leromlása terén jelentkezik. Az alkoholista szülő keresete alacsony, ezáltal az egész család egy főre jutó jövedelme csökken. Ezt tetézi, hogy az alkoholizálás jelentős összegeket emészt fel a családi jövedelemből. Az egyik szülő keresetének kiesése (börtönbüntetés vagy tartós mentális betegség következtében) szintén a családi jövedelem csökkenését okozza. Az egyik szülő öngyilkossága az egy szülőből és gyermekből vagy gyermekekből álló családokban szükségszerűen rossz anyagi helyzetet teremt. Az egy főre jutó jövedelem a veszélyeztetett családok több mint háromnegyedében 2000 forint alatti.

Még súlyosabbak a *gyermek személyiségfejlődését* veszélyeztető körülmények. A szülők társadalmi beilleszkedési zavara legtöbbször a gyermekek nevelésének elhanyagolását, gyakran a gyermekekkel szembeni brutalitást vonja maga után. A szülők egyikének öngyilkossága, esetleg ismétlődő öngyilkossági kísérletei, rendszeres részegsége, az ebből eredő családi konfliktusok, a szülők mentális betegsége súlyosan megzavarja a gyermekek érzelmi életét, fejlődését. A deviáns viselkedés sok esetben példát mutat a gyermeknek, arra ösztönöz, hogy maga is e mintákhoz igazítsa viselkedését.

A veszélyeztetett gyermekek összességének társadalmi helyzetéről nincsenek adataink. Az említett budapesti államigondozott-vizsgálatból tudjuk, hogy nagy többségük munkáscsaládból származott; elsősorban (az átlagot ötszörösen meghaladó arányban) a *szakképzetlen munkások* gyermekei voltak.

Egy – az 1970-es évek elején – a KISZ által pártfogolt, a veszélyeztetett fiatalokra kiterjedő vizsgálat szintén azt bizonyította, hogy közülük különösen sokan szakképzetlen munkáscsaládok gyermekei, akik maguk sem szereztek szakképzettséget és magasabb iskolai végzettséget.

Legújabban olyan megfigyelésekről is beszámolnak, hogy a veszélyeztetett fiatalok társadalmi összetétele némileg eltolódik; kezd növekedni a jobb anyagi és társadalmi helyzetű családok gyermekeinek aránya, de ők még jelenleg is erős kisebbséget alkotnak.

Végül is azt a fő következtetést lehet levonni, hogy *a veszélyeztetettség elsősorban a társadalom kedvezőtlenebb helyzetű rétegeiben, főképpen a szakképzetlen munkáscsaládokban gyakori. A szülők társadalmi beilleszkedési zavara pedig gyermekeik veszélyeztetettségének döntő tényezője.*

## A társadalmi beilleszkedési zavarok okozta anyagi károk becslésének kérdései

A társadalmi beilleszkedési zavarok okozta károkról szólva hangsúlyozni kell, hogy azok a legsúlyosabbak, amelyek az élet minőségének romlásában, a társadalmi együttélés megzavarásában, a fiatal nemzedékek egészséges felnevelésének veszélyeztetésében jelentkeznek. Ezek közvetlenül nem anyagi jellegűek, s pénzben sem kifejezhetők. Meg kell azt is állapítani, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok okozta pénzben mérhető károk felbecsülése igen sok módszertani problémát vet fel, és igen alapos kutatásokat igényel. Ilyenekre eddig alig került sor Magyarországon. Mégis utalhatunk néhány anyagi jellegű kár nagyságrendjére, annak érzékeltetéséhez, hogy a kérdéses társadalmi beilleszkedési zavarok gyakoriságának csökkentése társadalmi méretekben mekkora anyagi megtakarításokat eredményezne. Ezeket a megtakarításokat össze lehet mérni a társadalmi beilleszkedési zavarok csökkentésére meghozandó intézkedések költségeivel.

*Az alkoholizmusból* származó népgazdasági károkra vonatkozóan készültek a legpontosabb becslések (18. táblázat).

18. táblázat
**Az alkoholizmusból származó számszerűsíthető gazdasági károk, 1982** (becslés)

| Ok | Milliárd forint |
|---|---|
| Termeléskiesés és táppénz | 7,5–8,0 |
| Gyógykezelés | 2,9–3,2 |
| Alkohol okozta üzemi és közúti baleset | 3,1–3,3 |
| Bűnözés (részbeni hatás) | 0,5–0,6 |
| *Összesen* | *14,0–15,1* |

A korábban hasonló módszerrel végzett számítások 1970-re 3-4, 1975-re 6-7 milliárd forint, 1978-ra 10,7–11,1 milliárd forint népgazdasági veszteséget becsültek. (A károkat az az évi árakon számították, tehát a károsszeg emelkedésében szerepet játszik az árszínvonal emelkedése is.)

Hasonló módszerekkel lehetne megbecsülni a *mentális zavarok* okozta pénzben kifejezhető károkat is. Orvosi vélemények szerint az általános orvosokhoz forduló betegeknek 20–40%-a valójában neurotikus, s az ennek következtében fellépő szomatikus panaszokkal keresi fel az általános orvost. Az orvos a legtöbb esetben gyógyszeres kezelést javasol, amely azonban legfeljebb elnyomja a tüneteket, de nem oldja meg azok alapvető okát. Sok esetben táppénzes állományba is veszi a beteget. Ha figyelembe vesszük, hogy az évi összes táppénzes napok száma (a gyermekápolási táppénzes napok nélkül) 1982-ben 61 millió volt, akkor fogalmat alkothatunk arról, hogy a neurózis okozta táppénzbe vételek tízmilliós nagyságrendű táppénzes napokat okozhatnak, ennek megfelelő táppénzköltségekkel és termeléskieséssel.

Meg lehetne becsülni a pszichotrop és más – a neurotikusoknak adott – gyógyszerek népgazdasági költségeit, valamint az egészségügyi személyzetnek az ilyen betegek gyógykezelésére fordított idejét is.

Végül nem jelentéktelen a mentális zavarok okozta rokkantosítások száma sem.

Az *öngyilkosságok* esetében külön kell megbecsülni a meghiúsult öngyilkossági kísérletek költségeit és a halállal végződő öngyilkosságok okozta népgazdasági károkat. Ha az öngyilkossági kísérletek számát évente 23 000-nek (a halállal végződő öngyilkosságok ötszörösének) vesszük, és minden ilyen kísérlet esetében néhány napos kórházi kezelést tételezünk fel, akkor a kórházi kezelési napok száma százezres nagyságrendű. Ez a szám szorozható lenne az egy napi átlagos kórházi kezelési költséggel.

A halállal végződő öngyilkosságok esetében a népgazdasági károk becslésénél azt a módszert alkalmazhatjuk, hogy az aktív korban levő elhalálozottaknak azt a munkáját vesszük kiindulópontnak, amelyet aktív életkoruk határáig teljesítettek volna, ha életben maradnak. Ebből levonhatjuk ezen életévekbeni fogyasztásukat, így megkaphatjuk „tiszta" hozzájárulásukat a társadalmi jólét növeléséhez. Így minden elvesztett aktív életév súlyos veszteség a gazdaság és a társadalom számára. Itt azonban különösen hangsúlyozni kell, hogy *minden öngyilkosság okozta haláleset – akármilyen életkorban volt az öngyilkos – gazdasági és társadalmi kára ennél sokkal szélesebb körű,* hiszen magába foglalja a hozzátartozók és a tágabb környezet munkaképességében, lelki egyensúlyában okozott károkat. Ezeknek a károknak csak egy kis töredéke a fent említett értéktermelés-kiesés.

Végül a *bűnözés okozta károk* a legszerteágazóbbak, ezért a legnehezebben becsülhetők. Ide számítanak az emberölések, a súlyos testi sértés okozta egészségkárosodások, a vagyon elleni bűncselekmények okozta anyagi károk, a bűnvádi eljárás költségei, a büntetés-végrehajtás költségei, a fiatalság fejlődésének megzavarása. Ezeknél az anyagi károknál sokkal súlyosabbak az egyes bűncselekmények hatásai a közbiztonság meggyengülésére, a társadalmi közérzet romlására, az emberi kapcsolatok eldurvulására, a bizalmatlanság növekedésére.

További kutatások tárgya lehetne a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzése és orvoslása érdekében hozott és a jövőben hozható különféle intézkedések költségeinek elemző mérlegelése és az ezen intézkedésekkel elérhető hatások becslése, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok visszaszorítása terén elérhető hasznot össze lehessen hasonlítani a költségekkel. Nagyon valószínű, hogy minden esetben lényegesen kisebb lenne az intézkedések költsége, mint az a társadalmi megtakarítás, amelyet az adott társadalmi beilleszkedési zavarnak akár csak kismértékű csökkentésével el lehet érni.

A társadalmi beilleszkedési zavarok *nem-anyagi kárai* azonban olyan súlyosak, hogy még a viszonylag igen költséges megelőző és gyógyító intézkedések meghozatala is feltétlenül indokolt.

## Összegzés

A tárgyalt társadalmi beilleszkedési zavarokat vizsgálva sem a mai magyarországi helyzetet, sem a hosszabb és rövidebb távú változási tendenciákat nem ítélhetjük meg egységesen. *Az alkoholizmus és az öngyilkosság gyakorisága nyugtalanítóan magas:* körülbelül minden harmincadik magyar személy öngyilkosság következtében hal meg; a felnőtt férfiaknak pedig mintegy 6%-a súlyos alkoholista. (Feltehetően élete folyamán ennél lényegesen több válik alkoholistává, mert az 55–59 éves korcsoportban a májzsugorodás okozta halálesetek aránya alapján 12% látszik alkoholistának.)

*A bűnözés intenzitása viszonylag alacsony. A mentális betegségek gyakoriságáról igen kevés a megbízható adat, viszont minden jel a neurózisok gyors növekedési tendenciájára utal.*

A hosszú távú tendenciákat illetően elsősorban arra kell utalni, hogy a két különösen problematikus társadalmi beilleszkedési zavar – az öngyilkosság és az alkoholizmus – már a két világháború között, sőt az első világháború előtt is meglehetősen gyakori volt Magyarországon. Míg az alkoholizmus feltehetően már a tőkés fejlődés és az iparosodás kezdetekor igen elterjedt volt (és az iparosodás megindulása után feltételezhetően visszaesett), *az öngyilkosság gyakoriságának első gyors növekedési időszaka egybeesik a magyarországi tőkés iparosodás megkésett, de gyors ütemű első időszakával.* Vannak támpontok annak feltételezésére is, hogy ugyanebben az időszakban a *mentális zavarok gyakorisága is erősen megnőtt.*

*Az elmúlt három évtizedben az alkoholizmus és az öngyilkosság nagyfokú növekedése igen problematikus,* különös tekintettel arra, hogy az öngyilkosság gyakorisága sok fejlett társadalomban egyáltalán nem emelkedett, sőt némelyikben csökkent. Az alkoholizmus pedig – több évtizedes növekedés után – sok fejlett országban nem emelkedett tovább az utolsó évtizedben, sőt némely országban kissé visszaesett. Bizonyos jelek arra utalnak, hogy a mentális zavarok, elsősorban a neurózis előfordulása is gyakoribbá vált, ezt azonban nem lehet egyértelműen bizonyítani.

Ezzel szemben a *bűnözés* az utolsó 15 évben *hullámzó gyakoriságot* mutatott, és csak az utolsó három évben rajzolódik ki bizonyos emelkedés. Elsősorban a betöréses lopások gyakorisága nőtt meg. Az utolsó évben (1983) emelkedett a fiatalkorúak és gyermekkorúak bűnelkövetésének gyakorisága is.

A 18 éven aluli népességnek valószínűleg igen jelentős része olyan körülmények között él, amelyek *veszélyeztetik* egészséges fejlődését, és ezért később, a felnőtt korban hajlamossá teszik a társadalmi beilleszkedési zavarokra.

# A társadalmi beilleszkedési zavarok értelmezési keretei

## Az értelmezés nehézségei

A társadalmi beilleszkedési zavarok (külföldön használt terminológiával: „deviáns viselkedésformák") értékelő és magyarázó jellegű megközelítéseiben – az élénk tudományos és publicisztikai viták ellenére – mindmáig nem kristályosodott ki egyetlen, minden oldalról bizonyított, átfogó elméleti keret. Ennek egyik oka talán az, hogy e témában alig biztosítható az „értékmentesség": a elfogulatlan elemzéseket is szükségképp át- meg átszövik az adott társadalom *egészére* vonatkozó értékelő szempontok. Különös élességgel mutatkozik meg ez *szemlélet és magyarázat kölcsönhatásában,* egymástól való elválaszthatatlanságában.

Mielőtt tehát megkísérelnénk összefoglalni, miképpen értelmezhető jelenség a tudomány mai állása szerint, érdemes röviden utalni napjaink vitáinak néhány olyan „gócpontjára", amelyek a *hazai viszonyok közepette* figyelmet érdemelnek.

### A társadalom felelősségének kérdése

Az értékelő – érzelmi, ideológiai stb. – elemektől talán leginkább áthatott kérdés a következő: a társadalmi beilleszkedési zavarok, különösen azok egyes formáinak (öngyilkosság, alkoholizmus) egyre sűrűbb előfordulása mennyiben tekinthető egy *alapjaiban jól működő társadalom* elkerülhetetlen velejárójának; a változások („modernizálódás") kedvezőtlen mellékhatásának, a fejlődés „árának". Másfelől: mennyiben jelzője és kifejezője a *társadalom mélyebb elbizonytalanodásának,* értékei elmosódásának, következésképpen a megújulás szükségszerűségének. A kérdésekre adandó választ döntően motiválja az, hogy miképp látja a társadalom önnön felelősségét, s vajon magára ismer-e a vizsgált jelenségkör „szenvedő" alanyaiban, vagy elhatárolja-e magát tőlük, s ennek megfelelően milyen viszonyt alakít ki az érintettek kisebb-nagyobb közösségeinek nyíltabban-rejtettebben képviselt sajátos céljaihoz, értékeihez stb.

---

E fejezet gondolatmenete Andorka Rudolf és Kolozsi Béla tanulmányaira támaszkodik.

Lényegében e kérdések megválaszolásához kapcsolódik a *beilleszkedési zavarok kezelésének* kérdése. Az egyének önpusztításba, alkoholizmusba stb. torkolló problémáit, feszültségeit, személyiségük kisebb-nagyobb rendellenességeit a közvetlenül hozzáférhető eszközökkel enyhíteni igyekvő – és az ehhez nélkülözhetetlen intézményrendszer kiépítését sürgető – törekvéseket gyakran éri az a vád, hogy elhanyagolják a fontosabb társadalmi teendőket. E szemrehányások jelenthetik pusztán annak leszögezését, hogy a javasolt kezelésmódok figyelmen kívül hagyják az erőforrások társadalmi eloszlásában mutatkozó egyenlőtlenségeket. De lehet az ellenvetők kifogása az is, hogy e törekvések, úgymond, a társadalmi élet kórnemző alapfolyamatainak megváltoztatása *helyett* csupán tüneti kezelést szorgalmaznak: egyszerűen vissza akarják vezetni az egyéneket az éppen fennálló társadalomba. És ez már súlyosabb vád, mert azt veti a beilleszkedési zavarokat felszámolni igyekvők szemére, hogy a problémák mélyebb, a társadalom egész szövetébe ereszkedő gyökereinek föltárása helyett e problémáknak pusztán egyéni szintű kiküszöbölését tartják célnak. A választott beavatkozási módok helyeslő vagy bíráló megítélése tehát nyilvánvalóan döntően attól függ, hol keressük a beilleszkedési zavarok forrásvidékét, miben látjuk azok terjedésének fő okát.

Miként oly gyakran történik, az imént idézett – s egymást kizáró – álláspontok egyaránt hibás végleteket képviselnek. Ki tagadhatná, hogy a beilleszkedési zavarok gyökérzete a társadalmi létviszonyokban kapaszkodik meg? Elemzéseinkből és javaslatainkból világosan kitűnik, hogy a tbz-t minden tekintetben átfogó társadalmi-történeti okok által meghatározott jelenségnek tekintjük. De ki állíthatná ennek örvén azt, hogy a bajaikkal *itt és most* küszködő egyéneket, csoportokat magukra kell hagynunk mindaddig, amíg e létviszonyok meg nem újulnak?! Már csak azért sem hagyatkozhatunk a „társadalmi automatizmusok" egy újfajta, fonákjára fordított felfogására, mert az egyéni lét időhatárai merőben mások, mint a nagyléptékű társadalmi folyamatok lezajlásáé. A ma élő nemzedékek tagjainak nyújtott közvetlen, személyes segítség – a szociális támasz, a gyógyítás, a társadalmi visszaillesztés – elvileg nem fordítható szembe azzal az állhatatos törekvéssel, hogy magában a társadalomban is korlátozni igyekszünk a tbz-t szülő okokat.

A vitákban nemegyszer felbukkan – mindenekelőtt az öngyilkosságról, kisebb mértékben az alkoholizmusról szólva – *a nemzeti sajátosságok, a történelmi múlt* szerepe, súlya. Éspedig két, egymástól eltérő nézetrendszer elemeként: egyfelől, a nemzet sorsának, távlatainak kérdését feszegetve, a magyarság, a „magyar alkat" valamiféle erőteljes hajlamát említik az önveszejtésre, mely a történelem eseményeiből leszűrődő sajátos „vereség-tudatból" táplálkozik. Másfelől, a beilleszkedési zavaroknak napjainkban megfigyelhető nyugtalanítóan sűrű előfordulása miatti „pánikhangulatot" csillapítandó, utalnak e kedvezőtlen jelenség régi hagyományaira, e történelmi örökség elismerésének, vállalásának kényszerű szükségességére.

Mind a közvéleményben, mind a tudományos irodalomban lezáratlan, vi-

tatott kérdés a *természeti-biológiai, illetve a társadalmi-környezeti tényezők* aránya, fontossága a beilleszkedési zavarok kialakulásában. Erre vonatkozó jelenlegi ismereteinket a továbbiakban még áttekintjük.

### A beilleszkedési zavarok fogalomkörének kérdése

Végül nincsen megszilárdult, egységes álláspont – jórészt ismét csak az értékelő mozzanatok jelenléte miatt – *a beilleszkedési zavarok fogalmába sorolható jelenségek* körét illetően, jóllehet néhány viselkedésforma (az általunk vizsgáltak közül valamennyi ilyennek mondható) helyet kap úgyszólván minden fölsorolásban. Ugyanakkor egy-egy ellentmondásos, különböző érdekeket érintő jelenség megszaporodása nyomán hajlandóság mutatkozik a fogalom kiterjesztésére. Így pl. napjainkban egyesek a *válás* bevonását szorgalmazzák a deviáns magatartások közé. Az összefoglaló kategória („társadalmi beilleszkedési zavarok") használata mellett fölsorakoztatható érveket a későbbiekben ismertetjük.

### A beilleszkedési zavarok együttjárásának közös okai

Mindenekelőtt arra kell válaszolnunk, mi indokolja az egymástól látszólag oly különböző jelenségek – öngyilkosság, alkoholizmus, bűnözés, mentális betegségek – egységes szemléletét, értelmezését.

A szociológiai irodalom e jelenségek közös sajátosságát abban látja, hogy eltérnek az adott társadalomban elfogadott viselkedési szabályoktól, megszegik a normákat. A bűncselekményt elkövető személy a büntetőjogi normákkal ellentétesen viselkedik; az alkoholista megszegi a munkahelyi szabályokat, a családi élet elvárásait és általában a közösségi magatartás elfogadott normáit; a mentálisan beteg személy másképpen viselkedik, mint azt az adott társadalom tagjaitól elvárják (ezért tekintik betegnek); az öngyilkosságot társadalmunk helyteleníti.

Hagyománya és egyúttal alapja is van annak a feltevésnek, hogy e viselkedésformák időben és térben gyakori együttes előfordulásának, megszaporodásának *közös oka* van: a szűkebb-tágabb társadalom és kultúra ilyen vagy olyan mértékű válsága, az értékek és normák elbizonytalanodása. Maguk a beilleszkedési zavarok pedig mindennek tüneteiként, jelzéseiként foghatók fel.

Az öngyilkosok, alkoholisták, bűnözők és mentális betegségben szenvedők *életútját, személyiségének alakulását* vizsgálva, a kutatások olyan rendellenességeket, torzulásokat tártak föl, amelyek mindegyikükre jellemzők voltak, ugyanakkor azonban nem bizonyultak elégségesnek valamely konkrét, meghatározott viselkedésmód előrejelzésére (pl. nem hajlamosítottak eleve és kizárólag öngyilkosság elkövetésére stb.). Úgy látjuk tehát, a beilleszkedési zavarok kifejlődésének van egy – a személyiség sajátos sérülékenységével leírható – *korai,* a végleges cselekvésforma szempontjából *nem specifikus szakasza.*

A vizsgálatok hasonló szabályszerűségeket tártak fel az öngyilkosok, alkoholisták, bűnözők és mentális betegségben szenvedők által befutott, a viselkedészavar első megnyilvánulásától annak megszilárdulásáig, a deviáns énkép

és szerep elfogadásáig tartó pálya, az ún. *„deviáns karrier"* elemzése során. E sajátos, a társas környezet és az egyén érintkezésén alapuló minősítő és önminősítő folyamat nagyjából egyöntetűen zajlik le valamennyi viselkedésforma esetében.

Vannak a különféle deviáns magatartásmódok együttes, *halmozott előfordulására* utaló adataink (pl. a bűnözők jelentős része fogyasztott mértéktelenül alkoholt), bár ezek helyes értékelése nem mindig könnyű feladat, egyebek között az össznépességre vonatkozó megfelelő szűrővizsgálatok hiánya miatt. Emellett az egyes beilleszkedési zavarok bizonyos fokig helyettesítik is egymást: az egyik ritkasága valamely közösségben a másik sűrű előfordulásával járhat együtt. Mindenesetre az elemzések során világosan meg kell különböztetni annak szintjeit, pontosan meghatározva a vizsgálat egységét. Mert mást jelent a deviáns viselkedésmódok halmozódása az egyének és ismét mást az egyének csoportjai – közösségek, társadalmak – esetében.

A továbbiakban először áttekintjük a beilleszkedési zavarok kialakulását és terjedését az egyén és a család szintjén, és sorra vesszük az alkalmas beavatkozási módok megválasztását is meghatározó legfontosabb tényezőket.

## A társadalmi beilleszkedési zavarok magyarázó elvei

### Természeti-biológiai tényezők

Ezek szerepéről, súlyáról ma még nincs teljesen pontos képünk, s ez – valamint az ehhez kapcsolódó érzelmi, ideológiai szempontok – különösen indokolják az óvatos állásfoglalást. Általában elmondhatjuk, hogy volt és van bizonyos hajlandóság túlhangsúlyozásukra.

A tudománynak e kérdéskör vizsgálatára kidolgozott eszközei, módszerei ma még nem tekinthetők kiforrottaknak.

A természet-biológiai tényezők sorában *három csoportot* szokás megkülönböztetni:

– a gének, kromoszómák rendellenességei, meghatározott együttállásai;

– egyes biokémiai sajátosságok, valamely vegyület hiánya vagy éppen túlzott mennyisége s az idegrendszeri szabályozás ebből eredő zavarai;

– bizonyos fiziológiai folyamatok – pl. az anyagcsere – zavarai.

A károsodások mindhárom esetben lehetnek örökletes vagy nem örökletes jellegűek. A genetika gyors fejlődése, a vele szemben megmutatkozó fokozott társadalmi igény következtében a *beilleszkedési zavarok biológiai alapjaira* vonatkozó kutatások és magyarázatkísérletek napjainkban ezen a tudományterületen összpontosulnak (ikervizsgálatok, adoptált gyerekek, illetve adoptált egy- és kétpetéjű ikrek személyiségfejlődésének nyomon követése).

Az egyes deviáns viselkedésmódok esetében nem egyforma nyomatékkal merül fel a természeti-biológiai értelmezés lehetősége. Szakmai körökben jelenleg elsősorban az *alkoholizmus*, a *drogfüggőség*, egyes *mentális betegségek*, valamint bizonyos *szexuális magatartászavarok* biológiai hátterének föltárását szorgalmazzák. A közvélemény pedig a bűnözéstől a mentális betegségek felé haladva, mintha egyre erősebben hajlanék az effajta magyarázatok elfogadására. A szá-

mos vizsgálat részletes és értékelő bemutatása helyett csupán néhány általános szempontot fogalmazunk meg e kérdéskörrel kapcsolatban.

Mindenekelőtt utalni kell arra, hogy – az össznépességre, annak genetikai és szomatikus állapotára vonatkozó megfelelő adatok hiányában – *nincsen pontos képünk* egyes biológiai rendellenességek és a beilleszkedési zavarok összefüggésének erősségéről. Nem tudjuk, hogy a lakosság egészében vagy egy alkalmasan megválasztott kontrollcsoportban milyen gyakorisággal fordulnának elő az öngyilkosoknál, alkoholistáknál stb. talált genetikai vagy más természetű károsodások. Más szóval: nem tudjuk, hogy a vizsgált sajátosságok elegendőek-e (statisztikai értelemben) a beilleszkedési zavarokban szenvedők elhatárolására a „szerencsés többiektől".

A kutatásoknak egyelőre nem sikerült a szervezetnek valamely, genetikai információt hordozó részén a beilleszkedési zavarért egyértelműen felelőssé tehető elváltozást kimutatniuk. Csupán közvetve, mintegy kizárásos alapon következtettek a génállomány szerepére.

A genetikai tényezők súlyát fölmérni hivatott *ikervizsgálatok* eredményei nem zárják ki teljesen a nem biológiai, hanem szociológiai-szociálpszichológiai értelmezések lehetőségét. Elképzelhető pl., hogy az eltérő körülmények között nevelkedő egypetéjű ikrek viselkedésében (viselkedészavarában) mutatkozó hasonlóságok vagy azonosságok nem – vagy nem csupán – egyező génállományuk következményei, hanem abból is fakadnak, hogy hasonló alkati sajátosságaik (pl. arcvonásaik) az adott kultúrában hasonló – nem föltétlen tudatos – reagálásmódokat váltanak ki. Emellett a külön fölnevelkedett egypetéjű ikrek legtöbbször hasonló környezetben maradtak, mert azok a családok, ahová szétválasztásuk után kerültek, társadalmi helyzetük, műveltségük tekintetében nem tértek el lényegesen egymástól. Ezenkívül az ikervizsgálatok közvetlenül is aláhúzzák a társas-környezeti tényezők fontosságát: még a teljesen azonos génállományú egypetéjű ikrek magatartása sem bizonyult tökéletesen egyformának, ami nyilván a társadalmi-környezeti föltételek módosító hatásának eredménye.

Mivel a beilleszkedési zavarok biológiai meghatározottságára vonatkozó ismereteink hézagosak, és mivel a népesség biológiai állapota csak nehezen, lassan befolyásolható, a deviáns viselkedésformák terjedésének megakadályozását célzó erőfeszítéseinket elsősorban a *társadalmi-környezeti tényezőkre kívánatos összpontosítani,* jóllehet ezirányú lehetőségeinket sem szabad túlbecsülni.

Mindez természetesen nem jelenti sem általában a biológiai tényezők bizonyos szerepének, sem a beilleszkedési zavarok tüneteit (ha nem is azok mélyebb okát) megszüntető vagy legalábbis enyhítő, kellő körültekintéssel alkalmazott orvosi – gyógyszeres és egyéb – beavatkozások hasznosságának tagadását. Még kevésbé jelenti a beilleszkedési zavarok esetleges biológiai hátterének pontosabb feltérképezését, valamint a káros genetikai és egyéb sajátosságok elszaporodásáért felelős, a népesség biológiai állapotát kedvezőtlenül érintő természeti és társadalmi-környezeti feltételek megismerését és befolyásolását célzó tudományos tevékenység szükségességének tagadását. Ezeket minden módon szorgalmaznunk kell. Mai tudásunk alapján azonban olyan értelmezési keret látszik leghelyesebbnek, amely számol mind a természeti-biológiai, mind a társadalmi-környezeti hatások hajlamosító és kórnemző szerepével, összeműködésük ered-

ményeként fogva fel a konkrét, megnyilvánuló viselkedést. Ennek az összeműködésnek a mindenkori eredményét olyan *bioszociális diszpozíciónak*, vagyis a társadalmi-kulturális és a naturális-biológiai hatásokat szétválaszthatatlanul egybekapcsoló képletnek tekintjük, amely az egyéneket különböző mértékben teszi fogékonnyá a beilleszkedési zavarokra.

**A szocializáció folyamatának zavarai**

A szocializáció az egyén és társas környezete aktív, kölcsönös érintkezésén alapuló folyamat, amelynek során az ember történetileg és társadalmilag konkrét „társas lénnyé" válik, személyisége tartalmas alakot ölt. Egyrészt kifejlődnek tulajdonságai, készségei, másrészt elsajátítja a társadalomban való részvételhez nélkülözhetetlen normákat, értékeket, viselkedési szabályokat. Ennek az egész életen át tartó formálódásnak *korai szakaszai* különösen fontosak; egyesek a csecsemőkor és az egészen fiatal gyermekkor, mások inkább a későbbi évek, nagyjából az iskoláskor döntő szerepét hangsúlyozzák.

A szocializáció fogalmát *célszerű megkülönböztetni a neveléstől.* Az előbbi többlete az utóbbihoz képest az, hogy a személyiségalakítás szándékolt, megfogalmazott, nyílt elvein és gyakorlatán túl magába foglalja az egyént az egész társadalom részéről érő, a mindennapi érintkezés csatornáin áramló, nem akaratlagos, nem programszerűen vállalt, olykor rejtett, félig tudatos vagy tudattalan hatásokat is.

E fogalmi elhatárolás hozzásegíthet annak jobb megértéséhez is, miként lehet talajuk a beilleszkedési zavaroknak egy alapvetően helyes és humánus elveket, értékeket hirdető társadalomban. Tagjainak cselekvési világa ugyanis lényegesen szélesebb körű, összetettebb, ellentmondásosabb annál a világnál, ami a nevelési tervekben, elképzelésekben él. Ugyanakkor e megkülönböztetés figyelmeztet a beilleszkedési zavarok ellen a szocializáció folyamatának befolyásolása révén folytatott küzdelem nehézségére is. Minthogy itt részben akaratlan, nem szándékolt, rejtett, a tudatosság alacsony fokán álló tartalmakról és hatásmódokról van szó, ezek szükségképp nehezen hozzáférhetőek mind a megismerés, mind a változtatni kívánó cselekvés számára. Márpedig a deviáns viselkedésformák visszaszorításához leginkább épp a *kultúra, a mindennapi élet e „mélyrétegeinek"* befolyásolásában kell eredményeket elérnünk.

Ha a szocializáció folyamatát valami megzavarja, az egyénben nehezen kezelhető érzelmi-indulati feszültségek halmozódnak fel, s ezek merev vagy éretlen személyiségszerkezettel társulva meggátolják az érett, „felnőtti" reagálást az élet különböző helyzeteire. Konfliktusok esetén az egyén beszűkült, fogyatékos alkalmazkodási és konfliktusmegoldó készsége a társadalmilag elfogadottnál primitívebb és tagolatlanabb válaszmódokhoz, szakkifejezéssel: *regresszióhoz* vezet.

A kisebb-nagyobb deviáns közösségekhez csapódás egyik mozgatórugója éppen az, hogy ezek teret nyújtanak a leegyszerűsödött és indulatvezérelte cselekvési formáknak.

A szocializáció hibái torzulásokat eredményeznek az egyén társas pozícióihoz rendelt magatartáselvárások, az ún. szerepek bonyolult hálózatában, vala-

mint a személyiség azonosságtudatában is. A társas kapcsolatokban mutatkozó viselkedészavarok e károsodások következményei. Mindezek nyomán jön létre az „én"-nek az a sérülékenysége, amely – adott körülmények (stresszhelyzet, cselekvési minta, a társas környezet minősítő tevékenysége stb.) hatására – elindítója lehet a deviáns viselkedésformák kialakulásának.

A hazai és külföldi vizsgálatok föltártak olyan *konkrét körülményeket, eseményeket* is, amelyek gyakran fordultak elő valamennyi beilleszkedési zavar esetében. Ilyenek: egyik vagy mindkét szülő elvesztése, halál, válás, állami gondozásba vétel stb.; a szülők helytelen (agresszív, szeretetlen, elhanyagoló) bánásmódja; testvérek közötti viszályok; konfliktusok a baráti csoportokban és az iskolában.

Ugyanakkor számos kérdés vár még megválaszolásra. Ma még nem tudjuk egyértelműen megmondani:

– mely szocializációs zavarok súlyosabbak, s melyek kevésbé, továbbá, hogy mekkora az egyént a különböző életszakaszokban érő károsodások fontossága a későbbi fejlődése szempontjából;

– van-e összefüggés a szocializáció meghatározott hibái és egyes konkrét beilleszkedési zavarok között;

– lényegesen sűrűbben fordulnak-e elő ezek a szocializációs zavarok az öngyilkosok, alkoholisták stb. körében, mint a népesség egészében vagy egy alkalmasan megválasztott kontrollcsoportban, továbbá milyen körülmények enyhíthetik az egyes zavaroknak a személyiségfejlődésre gyakorolt kedvezőtlen hatását, s gátolhatják meg a deviáns viselkedésformák kialakulását.

Jelenlegi ismereteink alapján feltehető, hogy a *szocializáció folyamatának korai sérülései gyakoribbak* a később beilleszkedési zavarokban szenvedőknél, mint a lakosság körében általában. Valamely meghatározott torzulás azonban nem vezet szükségszerűen valamely meghatározott deviáns viselkedésforma megjelenéséhez, hanem talaja lehet *bármely* beilleszkedési zavar kifejlődésének.

Jóllehet az idevágó módszeres vizsgálatok, adatok hiányában tudományos megalapozottsággal, teljes bizonyossággal nem állítható, mégis valószínűsíthető, hogy *társadalmunkban megszaporodtak a szocializáció különféle zavarai.* E jelenség hátterében a következő folyamatok sejthetők:

– mindenekelőtt zavarok, átmeneti állapotok mutatkoznak a normákat, értékeket, szabályokat átörökítő *felnőtt nemzedék* személyiségdinamikájában, azonosságtudatában, társas szerepeinek egész hálózatában;

– működési elégtelenséghez vezetett:

  – a válások számának növekedése, a *családok* mind gyakoribb fölbomlása;

  – a szülőknek a gyermekeikkel töltött, nevelésükre fordított idő jelentős rövidülése, éspedig elsősorban a nők fokozott munkavállalása, a munkaidőn túli kereső tevékenység terjedése következtében;

  – a tágabb rokonság, a lakóhelyi és – kivált a fiatalok számára fontos – baráti, iskolai közösségek *szocializáló szerepének gyengülése,* illetve a deviáns viselkedésmódok elsajátítását megkönnyítő csoportok (galerik stb.) térhódítása;

– a *társadalmi értékrend megingása* és gyors változásai következtében, vala-

mint a társadalom szerkezetének mind tagoltabbá, összetettebbé válásával járó értékdifferenciálódás nyomán kevésbé világosak és ellentmondásokkal terhesebbek lettek a szülői család, az iskola stb. által a fiatal korosztályokra áthagyományozott értékek, normák, magatartásszabályok.

Meglehet, a szocializáció zavarainak feltételezett sűrűbb előfordulásáért elsősorban a felnőtt nemzedék, a mintaként szolgáló társadalom belső elbizonytalanodása felelős, és csak másodlagos jelentősége van a szocializációs tevékenység zökkenőmentes lebonyolítását akadályozó tényezőknek (az erre fordítható idő rövidülése, a szükséges készségek, ismeretek hiánya). Ugyanakkor ez utóbbiak súlya sem csekély, ráadásul könnyebben hozzáférhetők a szándékos, programszerű és intézményes befolyásoló cselekvés számára.

**Személyiségkárosító életesemények és -helyzetek**

A kutatások úgyszólván minden beilleszkedési zavar esetében kimutattak olyan feszültségeket az érintettek életében, amelyek megelőzték a deviáns viselkedésmód felszínre bukkanását és összefüggésbe hozhatók voltak azzal. Ezek közül a fontosabbak és jellemzőbbek:

– családi, illetve partnerkapcsolati konfliktusok;
– elmagányosodás;
– munkahelyi problémák: rossz légkör, összekülönbözés a főnökkel, szakmai előmenetel kudarca, az egyén erejét, képességét meghaladó feladatok;
– súlyos testi betegségek;
– katonai szolgálat – pl. őrség –, háborús élmények;
– az életpálya alakulására vonatkozó tervek meghiúsulása: előrejutás, életszínvonal-emelkedés, elismertség hiánya;
– új társadalmi, munkahelyi vagy lakókörnyezetbe kerülés.

Jóllehet ismereteink ma még e tekintetben is hézagosak, több-kevesebb bizonyossággal állíthatók a következők:

Nem fedezhető fel *egyértelmű* összefüggés meghatározott ártalmas helyzetek és egyes konkrét beilleszkedési zavarok között. Miként a szocializáció különféle zavarai, úgy az életút feszültségei sem szabják meg szükségszerűen magát a deviáns viselkedés konkrét *formáját,* hanem általánosságban fokozzák valamelyikük kialakulásának valószínűségét.

Pusztán az ártalmas helyzetek aligha vezetnek beilleszkedési zavarokhoz, hiszen az imént felsorolt nehézségekkel – vagy legalábbis egy részükkel – jóformán mindenki szembe találja magát, s mégis közülük csupán kevesen lesznek öngyilkosok, alkoholisták, bűnözők vagy mentálisan sérültek.

Ezért feltehető, hogy a beilleszkedési zavar megjelenése két tényező – *a szocializáció torzulásai* és a *személyiségkárosító életesemények,* illetve -helyzetek – *egymást erősítő kölcsönhatásának eredménye.* A személyiségfejlődés korai szakaszainak rendellenességei az életút feszültségeinek hibás kezeléséhez vezethetnek, majd e rendellenességek maguk is kitermelhetnek – újfajta vagy csak gyakrabban előforduló – ártalmas stresszeket. Az életpálya súlyosabb megrázkódtatásainak hiánya azonban meggátolhatja a szocializáció torzulásainak deviáns viselkedésbe torkollását. Ezzel kapcsolatban különös figyelmet kell fordítani

az egyént körülvevő *társas környezet* (ún. támogató rendszer) meglétére, kiterjedtségére vagy éppen hiányára, valamint a lehetséges feszültségforrásoknak az adott kultúrában élő – az *uralkodó értékek, normák* által meghatározott – értelmezési módjára is. Mindkettő döntően megszabja az ártalmas stresszhelyzetek és -események súlyát, jelentését és jelentőségét az egyén számára.

Tudományosan egyelőre nem bizonyítható, mégis valószínűsíthető, hogy *a mindennapi élet feszültségei növekedtek az utóbbi évtizedek* során:

– a családi kapcsolatok átalakulása nyomán növekedtek a házastársak egymással szemben támasztott követelményei, s ez konfliktusokhoz vezethet, amennyiben valamelyik fél nem képes megfelelni a fokozott elvárásoknak;

– az értékrend és az életmód változásai következtében az egymást követő nemzedékek gondolkodása, életvitele a korábbinál jobban eltávolodott egymástól, s ez melegágya a szülők és gyermekeik közötti súrlódásoknak;

– a családokon belüli gyerekszám csökkenése, valamint a születési helyről történő mind gyakoribb elköltözés folytán több idős ember marad magányos, s lazulnak vagy megszakadnak gyermekeihez fűződő kapcsolatai;

– a várható életkor-emelkedéssel, a népesség öregedésével együtt sűrűbben fordulnak elő súlyos, fájdalmas, sokszor biztosan halálos kimenetelű – vagy ilyennek vélt – betegségek;

– a családi háztartás keretei között végzett – kisparaszti, kisiparosi, kiskereskedői – munka háttérbe szorulása és a nagy szervezetekben folyó munka szinte általánossá válása fokozhatta a munkahelyi feszültségek lehetőségét;

– az erőteljesebb társadalmi átrétegződés következtében megszaporodhattak mind a felemelkedéssel, mind a lesüllyedéssel együtt járó nehézségek, de a felemelkedés vágyának kudarca is káros hatással lehetett az egyénekre;

– az anyagi életkörülmények javulása – minthogy társadalmunkban az elérhető anyagi és más életcélok jelentős mértékben kiegyenlítődtek, általánosan kívánatossá váltak; ez feszültségek forrása lehet azok esetében, akik nem vagy nem kellően tudták emelni életszínvonalukat;

– a gyakori társadalmi réteg-, illetve lakóhelyváltozások kedvezőtlenül befolyásolhatták az érintettek személyiségét az új környezethez való alkalmazkodás nehézségei révén.

**Mikrokulturális tényezők**

A hazai kutatások szerint a beilleszkedési zavarok által érintettek között az átlagosnál gyakrabban fordulnak elő olyanok, akiknek közvetlen társas környezetében (család, rokonság, baráti kör) öngyilkosságot megkísérelt vagy elkövetett személyek, alkoholisták, bűnözők, mentálisan sérültek éltek. Ismert – bár még nem kellően vizsgált – jelenség továbbá egyes deviáns viselkedésformák halmozódása a szűkebb lakóhely keretei között. (Fokozott a beilleszkedési zavarok elszaporodásának veszélye a többé-kevésbé zárt intézmények – laktanyák, nevelő- és szociális otthonok – lakói körében.)

Mindezek a tények a *mintanyújtás, illetve -követés,* az élet meghatározott helyzeteiben, a fölmerülő konfliktusok megoldásában alkalmazható, az adott szűkebb közösségben rendelkezésre álló és kulturálisan minősített cselekvés-

módok „kínálatának" szerepét húzzák alá a konkrét deviáns viselkedésformák kialakulásában és megszilárdulásában. Vagyis e folyamat egyfajta *tanulásként* is fölfogható (jóllehet fölhasználhatják a természeti-biológiai magyarázatok igazolására is).

Egyelőre inkább csak rögzíteni tudjuk e jelenséget; ma még nincs teljesen pontos képünk dinamikájáról, szabályszerűségeiről. Az mindenesetre már sejthető, hogy a *deviáns magatartásminták áthagyományozása* nem csupán – talán nem is elsősorban – a nyíltan megfogalmazott, az egyes cselekvésmódok helyességére vonatkozó értékek közlése és a szándékolt, tudatos gyakorlat útján folyik, hanem inkább a személyközi érintkezés rejtettebb, az akaratlagos ellenőrzést könnyebben kikerülő közlési folyamatai révén. Maguk a minták is a személyiség mélyrétegeiben raktározódnak el.

Ezzel magyarázható, hogy a beilleszkedési zavarokat mint sajátos „megoldási módokat" nyílt állásfoglalásaiban elutasító társadalom vagy közösség a mindennapi élet keretei között mégis ilyen cselekvési formák választását sugallhatja adott helyzetben az egyén számára. Az olyan személyek, akiknek a közvetlen társas környezetében beilleszkedési zavar fordult elő, kiegyensúlyozott időszakaikban határozottan elvethetik az öngyilkosság, a bűnözés stb. gondolatát, de *válsághelyzetben* – mintegy a tudat mélyéből felszínre bukkanó példának engedelmeskedve – mégis deviáns magatartásmódokhoz menekülhetnek. A cselekvési minták közvetítésének és fennmaradásának ez a rejtett, lappangó jellege egyúttal akadályokat gördít a beilleszkedési zavarok visszaszorítását célzó beavatkozás útjába is.

Nehezen megállapítható, vajon társadalmunkban nőtt-e azoknak a családoknak és más kisközösségeknek a száma, amelyek meghatározott esetekben akaratlanul is a deviáns viselkedést állítják követendő mintaként tagjaik elé. Feltehető, hogy igen, mivel a beilleszkedési zavarok terjedése nyomán e jelenség egyre több családban és más kisközösségben fordul elő, s válik adott helyzetben *a cselekvésnek irányt szabó példává*. Mindenesetre ismereteink meglehetősen hézagosak e kérdésben, árnyaltabb képet a további kutatásoktól remélhetünk. Legnagyobb bizonyossággal alighanem a mértéktelen szeszesital-fogyasztást elfogadó s az absztinenciát elvető társas környezetek térnyeréséről beszélhetünk. Legkevésbé tisztán pedig a bűnözés vonatkozásában látunk, itt ugyanis az egyes konkrét bűncselekményformák értékelésének változásait kellene megítélnünk.

A mikrokulturális tényezőkről szólva, utalnunk kell a beilleszkedési zavarokban szenvedőket tömörítő kisebb-nagyobb csoportokra és közösségekre, az ún. *deviáns szubkultúrákra*. Olyan laza, nem intézményesült, mégis rendkívül ellenállóképes, olykor évszázados történettel és folytonossággal rendelkező hagyomány- és kapcsolatrendszerek ezek, amelyek különös, rejtett, „másik" társadalomként húzódnak meg a kultúra eresztékeiben. Sajátos szocializációs normáik vannak, tagjaiknak sajátos – a többségi társadalom irányában konfliktusos – azonosságtudatot kínálnak. Magyarországon a szocializáció hagyományos intézményeinek – mindenekelőtt a családnak – belső elbizonytalanodása, bizonyos fokú térvesztése kétségtelenül fölerősítette egyes kisközösségek, főleg a fiatalok spontán szerveződésű kortársi csoportjainak befolyását. Ezzel való-

színűleg növelte az egyének megközelíthetőségét különféle szubkultúrák részéről.

A beilleszkedési zavarok visszaszorítását célzó beavatkozásnak igen körültekintően kell közelednie ezekhez a társas alakzatokhoz. Egyrészt figyelembe kell vennie, hogy a különféle szubkultúrákhoz tartozás bizonyos fajta *érzelmi védettséget jelent az érintettek számára,* akik éppen ezért ellenállnak az erőszakos leválasztási kísérleteknek, hiszen ez társas kapcsolataik fölszámolását jelentené, s az elszigeteltség állapotába kényszerítené őket. A türelmetlen, sőt ellenséges fellépés e csoportokkal szemben könnyen vezethet a kezdetben csupán szokatlan, a többségi társadalom polgáraitól idegen magatartásformák elfajulásához, súlyosabb deviáns viselkedésmódok megjelenéséhez. Számolni kell azzal is, hogy egyes szubkultúrák által előtérbe állított értékek alkalmanként gazdagíthatják, színesíthetik az össztársadalom „értékkészletét", felszínre hozhatnak olyan – az emberi élet kiteljesedése szempontjából hasznos – értékeket is, amelyek kiveszőfélben vannak a többségi társadalomból (ilyennek tekinthetjük pl. egymás vállalását).

Mindezek miatt a puszta szembefordulás és az elutasítás helyett célravezetőbbnek látszik azt keresni, miként nyújthatnánk létük és fennmaradásuk veszélyeztetése nélkül segítséget e közösségeknek egy olyan életforma kialakításához, amely elfogadható mind az ő számukra, mind a befogadó társadalom számára. E törekvés sikeréhez azonban a mai hazai szubkultúrák belső világának föltérképezésére irányuló kutatások fellendülésére van szükség. Az e kisközösségekkel érintkező, kellő tapintattal rendelkező, a közös hang megtalálásához értő (lélektani és más természetű készségekkel és ismeretekkel felvértezett) szakembergárda kiképzése és a társadalmi türelem, megértés élesztése és erősítése is elengedhetetlen.

A továbbiakban két olyan magyarázattal foglalkozunk, amely nem az egyén, hanem a társadalom egészének szintjén keresi a társadalmi beilleszkedési zavarok magyarázatát.

### A társadalom makrostrukturális folyamatai: az anómia jelensége

A kérdéskör részletes elemzése, a számos nyitott elvi-módszertani kérdés boncolgatása ezúttal nem feladatunk. Elegendőnek látszik az *anómia fogalmának* két, nemzetközileg leginkább közkeletű felfogását bemutatni, utalva értelmezésük lehetőségeire hazai viszonyaink között.

Az *első értelmezés* szerint az anómia mindenekelőtt a társadalmak vagy közösségek *szabályozatlan állapota,* amelyet a széles körben elismert, elfogadott célok és értékek, magatartási előírások megingása, elhomályosulása, ellentmondásossá válása, vagyis a cselekvés egyértelmű irányjelzőinek hiánya jellemez. Meglazulnak az embereket – a közös kultúra és jelentésvilága révén – egymáshoz fűző kötelékek, gyöngül a társadalom vagy a közösség összeforrottsága, integráltsága.

E roppant összetett, értékelő – érzelmi és ideológiai – mozzanatokkal terhes, ezért a tudományos elemzés számára igen nehezen megközelíthető jelenség felfogása – szemben a fogalom másik, később bemutatandó értelmezésével – nem

annyira a társadalom állandó szerkezeti sajátosságait, mint inkább időbeliségét, folyamat jellegét hangsúlyozza. Elsősorban tehát a társadalmak többékevésbé gyors átalakulásai, illetve válságai következményeként szemléli a jelenséget. Hatása nem egyszerre és nem egyformán éri el az adott közösség tagjait. Befolyásának megítélésekor figyelembe kell venni a *társadalom kulturális tagoltságát, sokféleségét,* számos értékrendszer, hagyomány egymás mellett élését.

Az anómia ebben az értelmezésben több vonatkozásban is összefüggésbe hozható a beilleszkedési zavarok kialakulásával és terjedésével, a szocializáció torzulásainak gyakoribbá válását okozhatja. A társadalom cél-, eszköz- és normarendszerének megingása, ellentmondásossá válása elbizonytalanítja a szocializáció folyamatának résztvevőit, az áthagyományozó felnőttet csakúgy, mint az átvevő fiatal nemzedékeket (mind a közvetített tartalmak érvényességét, mind a közvetítés módszereinek helyességét illetően). Ezenkívül csökkenti a sérülékeny személyiségű emberek *ellenállóképességét* a deviáns viselkedés példáival, azok vonzerejével szemben. (Az öngyilkosságnak mint adott helyzetben alkalmazható cselekvésmódnak az elfogadhatóságát pl. nyilvánvalóan befolyásolja az egyes általános értékek – az élet feltétlen tisztelete, kioltásának tilalma stb. – társadalmi állapota.)

Továbbá – bár bizonyítani ezt sem tudjuk – az anómia meghatározott esetekben a beilleszkedési zavarokhoz vezető személyiségkárosító életesemények és -helyzetek (stresszek) gyakoriságát is növelheti. Esetenként fokozhatja egyes feszültségforrások súlyát, illetve előfordulásának gyakoriságát (bár itt szerepe olykor nehezen választható el a vele együtt járó más természetű – gazdasági, politikai stb. – folyamatokétól). Bizonyos normák, szabályok elhomályosulása, kötelező erejének gyöngülése azonban enyhíthet is egyes – éppen e normák, szabályok hangsúlyozásából fakadó – feszültségeket. (Számos öngyilkossághoz vezetett a becsület védelmének parancsa vagy a férfi szerepéhez a nyugati kultúrákban tapadó elvárások: pl. a szakmai sikerek stb.)

Mindezeken a közvetett hatásokon túlmenően az anómia közvetlen összefüggésben is állhat a beilleszkedési zavarok kialakulásával és terjedésével. A cselekvésnek irányt szabó személyes célok, értékek bizonytalansága – amennyiben nem lépnek újak a helyükre – az értelmetlenség, a kilátástalanság érzetét keltheti, s ez végül is önpusztító magatartásba (öngyilkosság, alkoholizmus) torkollhat.

Nem könnyű pontos képet alkotni a *mai magyar társadalom „értékháztartásáról"* s annak alakulásáról. Mindenesetre az utóbbi néhány évtizedben lezajlott – olykor meglehetősen viharos – változások (iparosítás, városba áramlás, a mezőgazdaság átszervezése stb.) kikezdték a régi, korábban elfogadott értékeket, normákat, magatartásszabályokat; olykor a hivatalos politikai-ideológiai irányítás sem különösebben kímélte azokat. Az értékrendszer újjáépítése viszont korántsem mondható még befejezettnek. Például napjaink új fejleménye egy – a korábbinál *gyakorlatiasabb,* nagyobb súllyal a *fogyasztás felé forduló* – beállítódásrendszer kialakulása.

Úgy tűnik tehát, hogy a beilleszkedési zavarok megszaporodása a gyors, az értékrendszer egészét érintő társadalmi mozgások, összefoglaló kifejezéssel: a

*modernizációs folyamat* többé-kevésbé természetes velejárója. Tény ugyanakkor, hogy az utóbbi években e mozgások lelassulását nem követte a deviáns viselkedésformák visszaszorulása. Ez magyarázható pusztán a hatások átterjedéséhez, elmélyüléséhez szükséges idővel, valamiféle *„kulturális késéssel"*, de az is lehet, hogy új feszültségforrásokkal – elsősorban a gazdasági nehézségekkel – is számolnunk kell. A gyakorlatiasabb, a fogyasztást jobban szem előtt tartó beállítódás térnyerése pedig az anómia második értelmezésén keresztül kapcsolható a beilleszkedési zavarokhoz.

A *második értelmezés* szerint az anómia lényege az *ellentmondás, a megfelelés hiánya* a társadalmilag-kulturálisan értékelt, kívánatossá tett *célok és az elérésükhöz az egyén rendelkezésére álló, elfogadott, megengedett eszközök között*. Eszerint anómiás helyzetben van az a személy, aki a társadalmilag elfogadott, kívánatosnak tekintett célokat nem tudja a társadalmilag elfogadott, megengedett eszközökkel elérni, megvalósítani. E jelenség inkább eredhet a társadalom viszonylag állandó szerkezeti sajátosságaiból: bizonyos csoportok, rétegek számára e célok a tulajdonviszonyok, illetve a munkamegosztás rendszerében elfoglalt helyük folytán nehezen vagy egyáltalán nem elérhetők. Ebben az értelmezésben is fontos szerephez juthat az időbeliség mozzanata. Bizonyos célok, értékek – a tömeghírközlés, a közlekedés fejlődése, az iskolázottsági szint emelkedése révén – fokozatosan egyre szélesebb körben válnak ismertté, kívánatossá. Egyre inkább meghatározhatják az emberek törekvéseit, miközben az eszközök szűkössége esetén növelik feszültségeiket. Ezek az emberek azután feszültségeik elől nemegyszer visszahúzódó deviáns magatartásformákba menekülnek.

Jóllehet az anómia e fölfogásában is jelen van a szabályozatlanság, az elfogadott közös jelentésvilág hiányának mozzanata, de az csupán az egyik oldalra, a megengedett eszközöket illető közmegegyezésre terjed ki. A célok, az értékek vonatkozásában viszont éppenséggel jelentős mértékű – alkalmanként a valóságosnál is nagyobb, a társadalmak kulturális tagoltságát, sokszínűségét, különböző értékrendszerek egymás mellett élését szem elől tévesztő – összehangoltságot feltételez. Ezenkívül – az elsőként említett értelmezéshez hasonlóan – csupán a beilleszkedési zavarok kialakulását és terjedését elősegítő *általános társadalmi körülmények megragadásához* nyújt elméleti-fogalmi keretet. Az egyes konkrét deviáns viselkedésmódok megjelenésének és megszilárdulásának, végső fokon tehát az anómia állapota és a beilleszkedési zavar között közvetítő folyamatoknak a magyarázatára ez az értelmezés önmagában nem elegendő. Ehhez a célok és eszközök feszültségét átélő egyének számára megnyíló magatartáslehetőségek, az érintett személyeket körülvevő szűkebb társas környezet vizsgálata is szükséges.

**A társadalmi kulturális tényezők**

A második makrotársadalmi magyarázat *a társadalom egészének vagy egyes osztályainak, rétegeinek kultúrájában* keresi az egyes társadalmi beilleszkedési zavarok okait. A kultúrát itt a szociológiában szokásos tág értelemben használják, beleértik az irodalmon, képzőművészeteken, zenén kívül a mindennapi

élet szokásait, viselkedési szabályait, értékeit, hagyományait, beidegződéseit. A kultúra e mélyrétegei alapvetően befolyásolják a szocializációt, a személyiségalakulás folyamatait. A befolyás némely esetben tudatosul az egyes emberekben, máskor szinte tudattalanul érvényesül.

Nincsenek pontos vizsgálataink a magyar társadalom kultúrájának e mélyrétegeiről, különösképpen a deviáns viselkedéssel kapcsolatos értékekről és viselkedési szabályokról. Aligha tévedünk azonban, ha azt állítjuk, hogy a nagy mennyiségű szeszesital-fogyasztás rejtetten és némelykor nyíltan pozitív értékelést kap, legalábbis pozitív értékekhez kapcsolódik. A gyakori nagy mennyiségű italozás széles körökben „férfias" magatartásnak tekintik, egyes helyzetekben egyenesen megkívánják (ünnepek, az élet fordulópontjai stb.), vagy legalábbis elfogadhatónak tartják. Hasonlóképpen nagyon valószínű, hogy az öngyilkossághoz sok esetben a hősiesség képzete kapcsolódik, vagy legalábbis elfogadható magatartásnak tartják bizonyos helyzetekben.

**A korlátozó intézkedések várható hatása**

Hazai vizsgálatok is kimutatták, hogy a lakásokban tárolt nagy mennyiségű gyógyszer, illetve szeszes ital, esetleg a saját bor- vagy pálinkatermelés megkönnyítheti a gyógyszeres öngyilkosságok elkövetését vagy az alkoholizmus kifejlődését. Hasonlóképpen nyilván szerepet játszik nálunk a fegyveres bűncselekmények, illetve a súlyosabb hatású kábítószerek fogyasztásának aránylag ritka előfordulásában az ezekhez szükséges eszközök megszerzésének nehézsége. A városoknak a falvakét – a tulajdon elleni cselekmények tekintetében – meghaladó bűnözési fertőzöttsége pedig részben a bűnelkövetésre alkalmat nyújtó, annak célpontjául kínálkozó tárgyak, helyszínek és helyzetek sűrűségében, a város javára mutatkozó jelentős különbségek számlájára írható.

Van tehát bizonyos alapja a hozzáférhetőség megnehezítését, a csábító alkalmak körének szűkítését célzó, mintegy a „kínálati oldal" felől közelítő beavatkozásnak. (Ezek lehetséges konkrét formáit a javaslatok kapcsán ismertetjük.)

Ugyanakkor hiba volna túlzott reményeket fűzni ehhez. Egyrészt mert bizonyos fajta beilleszkedési zavarok (pl. a mentális betegségek) esetében egyáltalán nem járható ez az út, másrészt egyes deviáns viselkedések leggyakoribb megnyilvánulási módjainál (az öngyilkosság tekintetében ilyen pl. az önakasztás) az effajta ellenőrzés aligha oldható meg.

Ezenkívül nincsenek pontos ismereteink a „kínálati oldalról" történő beavatkozás esetleges *mellékhatásairól*. Az egyes beilleszkedési zavarok, illetve egy-egy deviáns magatartástípus konkrét formái között bizonyos mértékig fennálló *helyettesítési viszony* folytán a beilleszkedési zavarok szerkezete alkalmasint a súlyosabb, a nehezebben kezelhető módok irányába tolódhat el. (Egyesek szerint pl. a gyógyszerforgalmazás megszigorítása vagy a gyógyszerek mérgezésre alkalmatlanná tétele az egyébként jól orvosolható gyógyszeres öngyilkossági kísérletek visszaszorulásával egyidejűleg a „keményebb" elkövetési módok előretörését eredményezheti.) Az alkoholizmus árpolitikai eszközökkel történő befolyásolása pedig feltehetően kevéssé tartja vissza az alkoholistákat a fogyasztástól (de csökkentheti a nem alkoholisták fogyasztását és ezáltal szűkítheti az

alkoholisták utánpótlását), ugyanakkor az alkoholisták családtagjait, így gyermekeit hozhatja nehéz helyzetbe (a háztartási kiadások egyéb, esetleg létfontosságú tételeinek – táplálkozás, ruházkodás – kényszerű megnyirbálása következtében).

Mindez nem jelenti az ilyen irányú korlátozó intézkedések szerepének tagadását, csupán kiemeli azok gondos, körültekintő előkészítésének fontosságát.

**A beilleszkedési zavarokban szenvedők társadalmi minősítése**

A beilleszkedési zavarokban szenvedők társadalmi minősítése és a „deviáns karrier" témakörével foglalkozó kutatások tanúsága szerint – amit lényegében a mindennapi tapasztalat is megerősít – valójában sokkal több, a formális szabályok alapján deviánsnak számító esemény fordul elő a társadalmak életében, mint amennyit végül is annak minősítenek. Kiderült az is, hogy *a tényleges minősítés folyamatát* meghatározott – magukat a hivatalosan elfogadott és írott ismérvektől aránylag könnyen és jelentős mértékben függetlenítő – szempontok, nem utolsósorban a hatalom és a társadalmi helyzet szabta erőviszonyok vezérlik.

Nem tisztázott ma még megnyugtatóan *az egyéni magatartás és a társadalmi reagálás* kölcsönkapcsolata, egymáshoz mért súlya, fontossága. Kétségtelen, hogy a társadalom válasza az ilyen vagy olyan viselkedésekre nem ritkán túlzott a szóban forgó cselekvés vélt vagy valódi veszélyességéhez képest. Ezzel maga a társadalom járulhat hozzá a viselkedés elfajulásához, fölerősödéséhez és/vagy kiterjedéséhez. Másrészt a társadalmi válasz időbeli változásai, vagyis a még elfogadott magatartásformák körének tágulása-szűkülése, az értékelés irányelveinek enyhítése-szigorítása részben magyarázza a beilleszkedési zavarok számának növekedését, illetve csökkenését. (Ez legkönnyebben a formális-jogi szabályozásnak leginkább alávetett területen, a bűncselekmények körében mutatható ki.) A megítélésnek ezek az ingadozásai összefüggésbe hozhatók az adott társadalom, illetve kultúra állapotával. Egy céljait, értékeit tekintve elbizonytalanodott közösségben elhomályosulhatnak a normasértés elbírálásának kritériumai is. Az ellenőrzés veszíthet szorosságából, látszólag „csökkentve" ezzel a valójában esetleg éppen megszaporodott beilleszkedési zavarok számát. Ugyanakkor a társadalom ellentétes módon is reagálhat: a helyesnek elismert viselkedésformák körének túlságos szűkítésével, a szokatlan, számára idegen jelenségek elleni türelmetlen fellépéssel. A türelmetlenség pedig további romláshoz vezethet a beilleszkedési zavarok területén.

Az érintett egyének szempontjából a deviánssá minősítés a többségi társadalomhoz fűződő kapcsolataik megszakadását jelenti, amit adott esetben a különféle deviáns szubkultúrákhoz fűződő bensőséges kötődés ellensúlyoz. Ily módon a társadalmi elutasítás vagy represszió nagyon sokszor nem a szándékolt rádöbbentő, visszariasztó hatással jár, hanem a hovatartozásában megingott, kiegyensúlyozatlan, vívódó egyén számára megnyitja az utat egyfajta, átmeneti érzelmi biztonságot kínáló beilleszkedés: *a deviáns közösségekhez csatlakozás* előtt.

A „deviáns karrier" a beilleszkedési zavar csíráinak felbukkanásától a társa-

dalom megbélyegző reagálásán át a „másság" tudatának meggyökerezéséig, a deviáns életvitel vállalásáig és valamely szubkultúrában való tevőleges részvételig vezet. Mindez a rendszerelmélet szemléleti keretében mint a mérlegeléseknek, az azonosságtudat alakításának visszacsatolásos körökből álló folyamata ragadható meg. Igen sok tényezőtől függ, hogy a deviáns sodródását e mechanizmusok vajon lefékezik-e vagy éppenséggel fölgyorsítják.

A deviáns közösség az érzelmi támogatáson túl segítséget nyújt az egyénnek peremhelyzete értelmezéséhez, igazolásához, a magatartását illető esetleges – a többségi társadalom iránti valamikori elkötelezettségéből, a hivatalos értékrend nyomásából táplálkozó – kétségeinek eloszlatásához. E csoportok ugyanis az önigazoló nézetek, ideológiák egész sorát alakítják ki, részben éppen a belső kritikus hangok elfojtására, semlegesítésére. Ezenkívül e közösségekben az egyén elsajátítja a deviáns tevékenység sikeres végzéséhez nélkülözhetetlen ismereteket, készségeket, a csoportot összetartó értékeket, legendákat, mítoszokat is. A „deviáns karrier" során így végül egy sokrétű, szilárd, a magatartással szorosan összefonódott azonosságtudat alakul ki.

## Összegzés

A társadalmi beilleszkedési zavarok kialakulását és terjedését egy többszempontú elméleti értelmező kerettel igyekeztünk megragadni és magyarázni, amelyben az alábbi tényezők kaptak helyet:

- természeti-biológiai tényezők;
- a szocializáció folyamatának zavarai;
- személyiségkárosító életesemények és -helyzetek (stresszek);
- mikrokulturális tényezők;
- a társadalom makrostrukturális folyamatai: az anómia jelensége;
- a társadalmi kulturális tényezők;
- a korlátozó intézkedések várható hatása;
- a beilleszkedési zavarokban szenvedők társadalmi minősítése és a „deviáns karrier".

Ezek szerint *az a személy fog várhatóan társadalmi beilleszkedési zavarban szenvedni, aki* esetleg biológiailag hajlamos rá (vagy akinek biológiai adottságai nem teszik valószínűtlenné a zavar fellépését), akinek fiatalkori szocializációja nem volt zökkenőmentes, aki később akut stresszhelyzetbe kerül, és akinek környezete, családja, baráti köre, munkahelyi közössége, mikrokultúrája nem ítéli el, sőt esetleg sugallja az egyik vagy másik társadalmi beilleszkedési zavarra jellemző viselkedést. A társadalom szerkezetének sajátosságai, változásai, annak kultúrája elősegíthetik e körülmények előfordulását. Az esetleg szükséges eszközök hozzáférhetősége, de a devianssá minősítés eljárásai is hozzájárulhatnak a társadalmi beilleszkedési zavarok kialakulásához és rögzüléséhez.

A deviáns magatartásformák kialakulásának megelőzésére, illetve terjedésük megakadályozására irányuló tevékenységet célszerűnek látszik ezekre a területekre összpontosítani, a konkrét feladatokat e tényezők ismeretében, velük számolva meghatározni.

# Javaslatok és ajánlások a tbz korlátozását célzó gyakorlati tennivalókra, a kívánatos cselekvési irányokra

Elöljáróban le kívánunk szögezni néhány – a javaslatok jellegét értelmező – előzetes megfontolást.

1. A javaslatok *meghatározott logika* szerinti összeállításban követik egymást. Először a vizsgált jelenségekkel a *legtávolabbi,* csupán többé-kevésbé áttételes kapcsolatban álló *össztársadalmi* (makrostrukturális) folyamatokat és tényezőket tekintjük át. Ezt követően a felderítés, a megelőzés és a beavatkozás általános, *nem specifikus, „alapellátás jellegű"* intézményeit, cselekvési irányait vizsgáljuk. Ezután mutatjuk be a tbz egyes alakjainak kezelésével és visszaszorításával összefüggő, *sajátos eljárásokat.* Végezetül a tudományos *kutatások továbbfejlesztési irányaira* teszünk javaslatokat.

Ebből a logikából ered, hogy bizonyos kérdések újra és újra szóba kerülnek, éspedig úgy, hogy minél közelebb férkőzünk a tbz egyes alakjainak sajátos kérdéseihez, a *javaslatok és ajánlások annál konkrétabb és kézzelfoghatóbb alakot öltenek.*

A nagy léptékű össztársadalmi folyamatokról és a vizsgálatukból eredő tennivalókról csak úgy és csak annyiban szólunk, amennyiben a hazai kutatási eredmények erre alapot adnak. Ezekben az esetekben szükségképpen mellőznünk kell a részletes kifejtést: csupán a kívánatosnak látszó *társadalompolitikai cselekvési irányokat* hangsúlyozzuk. Így pl. egészen természetes, hogy a társadalmi demokratizmus helyzete ismételten szóba kerül, hiszen sokoldalúan érintkezik a tbz jelenségeivel is, viszont aligha tekinthetjük feladatunknak, hogy erre vonatkozóan részletes javaslatokat tegyünk.

A javaslatok és ajánlások kialakítása során minden adandó alkalommal igyekszünk jelezni az *alternatív lehetőségeket,* valamint azokat a pontokat, ahol a megnyugtató válaszokhoz *további kutatásokra és kísérleti tapasztalatokra van szükség.*

2. E javaslatok elkészültével *párhuzamosan számos* – hasonló jellegű – *elemző és javaslatkészítő művelet* folyt és folyik hazai társadalmi és tudományos életünkben: szociálpolitikai, demográfiai, gyermek- és ifjúságvédelmi, cigánypolitikai, egészségügyi, bűnmegelőzési, ifjúságpolitikai stb. Minden lehetséges alkalommal megkíséreljük tekintetbe venni az e keretekben készült elemzéseket és elképzeléseket. *Átfogó és mindenoldalú integrálásuk* azonban meghaladja mind a Tanács hozzáértését, mind szervezési lehetőségeit. Ezért nyomatékosan felhívjuk a figyelmet arra, hogy e sokfajta szálon futó – és sok tekintetben azonos vagy érintkező kérdések vizsgálatára irányuló – munkálatokat s azok ered-

ményeit a *társadalompolitikai irányítás központjaiban* feltétlenül szükséges egybeilleszteni és egységes cselekvési keretek között integrálni.

3. A javaslatok minden esetben igyekeznek tekintetbe venni az éppen adott gazdasági-társadalmi feltételeket, s *kiindulópontnak tekintik a jelenlegi intézményrendszert* s annak továbbfejlesztési lehetőségeit. Emellett azonban számolnak a hosszú távú társadalmi cselekvés szempontjaival is: újszerű intézményes formák és eljárások meghonosításának szükségességével. Tudjuk, hogy a hosszú távú cselekvés keretében előterjesztett egyes javaslatok *csakis szelektív módon* – az anyagi, személyi, intézményi és egyéb feltételek létrejöttének arányában –, fokozatosan valósulhatnak meg. Ez a szemléletmód elvileg is fontos: a fejlesztést és a szükséges átalakítást a *leginkább „fertőzött" területeken, a leginkább veszélyeztetett társadalmi csoportokban* kell megkezdeni, messzemenően támaszkodva a helyi intézményes, hatósági és társadalmi kezdeményezésre, öntevékenységre. A kínálkozó új lehetőségeket e csoportokra kell összpontosítani, a későbbiek során *fokozatosan bővítve* az ajánlásokban szereplő szolgáltatásokkal elérhetők körét. Azt is alá kívánjuk húzni, hogy – összhangban a korábban elmondottakkal – *a gyermek- és ifjúságvédelmet* tekintjük a prevenciós logika alapjának és kiindulópontjának.

4. Általános elvként fogadtuk el azt, hogy a tbz korlátozását célzó stratégiai cselekvés egyik fő iránya csupán *közvetett és áttételes módon,* másfajta – gazdasági, társadalompolitikai, jogi, szociálpolitikai, ifjúságpolitikai, iskolaügyi stb. – társadalmi cselekvések *kedvező járulékos* hatásainak eredményeként járulhat hozzá a tbz enyhítéséhez. Csupán a cselekvés másik, nem kevésbé fontos fő iránya veheti célba *közvetlenül, a maga specifikus eszközeivel* a tbz korlátozását.

A valóban eredménnyel kecsegtető hosszú távú stratégia csakis az előbbiek hatásainak szakadatlan tanulmányozásán és szabályozásán, a tbz-hez kapcsolódó összefüggéseik alapos ismeretén, illetve az utóbbiak önálló hatásmódjának határozott kiterjesztésén nyugodhat.

Ennek során mindig tudatában kell lennünk, hogy a deviáns viselkedés a maga változatos alakjaival, nagy életkori sávjával, szociológiai, lokális, kulturális és egyéb differenciáltságával rendkívül megnehezíti a *közvetlen* beavatkozást, és a szándékolt beavatkozások nyomán előre nem látható, paradox hatások is létrejöhetnek.

5. Ugyancsak általános elvként számoltunk azzal, hogy végül is *minden egyes beilleszkedési zavar* – világos szociológiai és történeti-kulturális meghatározottságai ellenére – *egyszeri és egyedi, individuális aktus és történés:* mindig egyéni választások és (tudatos vagy kevésbé tudatos, esetleg egyszerűen csak mintakövető) döntések sorozatában bontakozik ki.

Ezért perdöntően fontosnak tekintettük, hogy a javaslatok egyrészt kitapogassák és körvonalazzák, másrészt kedvezően befolyásolják azt a *társadalmi „erőteret",* amelyben mai viszonyaink között ezek az egyéni döntések lezajlanak.

A tbz kihívásával és „kísértésével" így vagy úgy csaknem minden állampolgár szembenéz, de csupán egy – bár manapság nyugtalanítóan nagy – részük enged e kihívásnak. Joggal feltehető tehát: minden olyan javaslat, amely alkal-

mas arra, hogy növelje az *egyén társadalmi ellenálló erejét*, belső szilárdságát, társadalmi beágyazottságát és szociális biztonságérzetét, „immunizálhat", hozzájárulhat a tbz enyhítéséhez.

Ennek szem előtt tartása azért is fontos, mert segítheti a fatalisztikus nézetek leküzdését. De arra is ráébreszthet, hogy maguknak *az érintetteknek az érdekfelismerése, majd „öngyógyító" aktivitása, együttműködési hajlandósága, támogatást kereső igénye* híján aligha reménykedhetünk sikerben – eltekintve a jogi represszió formáitól.

Egyebek között ezért is igyekeztünk számolni a javaslatok kidolgozása során az egyén döntéseit befolyásoló mindhárom átfogó és alapvető tényezővel: *a)* a *naturális és a velük eltéphetetlenül,* szinte szétválaszthatatlanul *egybefonódó szociokulturális diszpozíciókkal,* hajlamosító tényezőkkel; *b)* a személyiség társadalmi érettségével, *belső ellenőrző- és szabályozórendszerének kialakultságával* és szilárdságával; *c)* valamint a *társadalmi viselkedésszabályozó rendszerek* (jog, erkölcs, értékrendszerek, hagyományok és szokások, konvenciók stb.) *aktuális állapotával* és az egyén hozzájuk fűzött személyes viszonyával, azonosultságával.

A deviáció „kísértéseivel" megküzdeni csak *a cselekvési és életalternatíváit tudatosító, rugalmasan alkalmazkodóképes, világos értékképzeteket kidolgozó és autonóm erkölcsű egyén* lesz képes. Ezek számának szaporítása lehet a tbz visszaszorításának legcélszerűbb módja; ezt a célt is szolgálják javaslataink.

## Javaslatok a társadalmi makrofolyamatok befolyásolására

Egy-egy nemzeti társadalom valamennyi folyamata és kulturális-történelmi hagyománya valamiképpen – közvetlenebb vagy közvetettebb oksági kapcsolatok révén – összefüggésbe vonható a beilleszkedési zavarokkal, jóllehet ma még nem tudjuk maradéktalanul és pontosan felderíteni e kapcsolatok rejtettebb rétegeit.

A társadalom a *maga egészében* („totalitásában") azonban *közvetlenül* nem hozzáférhető a beavatkozás, a „szociotechnikai" jellegű társadalmi cselekvés számára. Ma már többé-kevésbé világosan látjuk azt is, hogy a társadalmi irányítás központi és helyi szerveinek tervező akarata, előrelátása és gyakorlati beavatkozási-cselekvési eszközei a legkevésbé sem korlátlanok. Azok mindig teljességgel előre nem látható mellékhatásokkal, váratlan, spontán és nem mindig kívánatos folyamatokkal szövődnek össze. Bizonyos határok között ez utóbbiakat is lehetséges prognosztizálni, sőt az erre vonatkozó tervező gondolkodást egyenesen nélkülözhetetlennek kell ítélnünk.

A tbz esetében különösképpen fontos mindezt szem előtt tartani. A mai képben ugyanis igen sok a váratlan, előre nem látott és nem is látható elem. Így pl. a narkománia gyors terjedése a fiatalok körében egyebek közt alighanem azzal is magyarázható, hogy kezdetben alábecsültük kibontakozásának esélyeit, s hosszú ideig halasztottuk az energikus cselekvés megkezdését. Az átfogóbb – de ma még korántsem kielégítő – intézkedések csak akkor kerültek előtérbe, amikor a jelenség már meghaladott egy bizonyos „kritikus tömeget",

vagyis minden (egészségügyi, iskolai, közvéleményi stb.) adat és visszhang nyomán kitapintható társadalmi (pontosabban: ifjúsági) kérdéssé vált.

Ez a példa egyúttal arra is utal, hogy a tbz nem csupán a társadalom „patologikus" tünete, hanem az *intézményeké* is, amelyek e zavarokat kezelik. Vagy azért, mert maguk is újratermelik a zavarokat (pl. az elsietett gyermekkori iskolai vagy egyéb minősítésekkel), vagy pedig azért, mert vélt és valós érdekeik arra késztetik őket, hogy ne tárják fel az elégtelen eredményesség tényeit (pl. az alkoholelvonásban), ne szemléljék kritikusan a diszfunkciókat és a formális megoldásokat.

Nyomatékosan alá kívánjuk húzni: *a tbz egy bizonyos értelemben a társadalom összműködésének történeti és aktuális zavaraira, konfliktusaira utal,* így hát azok sokoldalú tekintetbevételét is megköveteli.

Ezért a javaslatok első körében azokat az ajánlásokat tekintjük át, amelyek közvetlenül *nem specifikus „antideviációs" intézkedések,* viszont mind a történeti, mind a mai valóságunkat érintő elemzések bizonysága szerint – bár olykor többszörösen közvetett – oki kapcsolatban állnak a hazai beilleszkedési zavarokkal.

A dolog természeténél fogva *e körben nem tudjuk és nem is kívánjuk minden esetben részletesen konkretizálni javaslatainkat,* hiszen itt a társadalmi valóság olyan szféráiról van szó, amelyekben nem a „tbz-szakértelem" az illetékes. Az ide vágó – inkább *szemléleti, elvi jellegű* – ajánlásainkkal arra törekszünk, hogy legalábbis felvázoljuk a *tbz társadalmi meghatározottságainak lehető legteljesebb körét.* Másrészt utalni kívánunk azokra a – hazai kutatásokkal is megerősített – kapcsolatokra, amelyeket a tbz céltudatos társadalmi kezelésében feltétlenül szem előtt kell tartani, érvényesítvén a belőlük eredő gyakorlati következtetéseket.

**Mobilitás, migráció, életformaváltás: az „elgyökértelenedés" növekedése és az egyén társadalmi integráltsága**

Az elmúlt három évtizedben lezajlott mobilitási és migrációs folyamatok valamiképpen az ország lakosságának nagyobb részét érintették. Hadd szemléltessük ezt csupán egyetlen adattal: 1981-ben a 15 évesnél idősebb korú népesség 44%-a nem születési helyén lakott. A tartósnak és visszafordíthatatlannak ítélhető változások mellett még ma is csaknem milliós nagyságrendű az átmeneti állapotban levők (távolsági ingázók, szálláslakók) köre. Ezek a folyamatok egyrészt *rövid időszak alatt* milliókat emeltek ki hagyományos, megszokott életformáikból, másrészt ezeket az elhagyott életformákat (az agrárnépesség és a munkáskolóniák életvitele, a hagyományos középosztálybeli életmód stb.) tartalmatlanná tették, s a társadalmi viselkedésszabályozásban játszott szerepüket korlátozták vagy felszámolták. Mindez fokozottan vonatkozik az integrálódni kezdő cigányságra.

E körülmények között társadalmunk egy felgyorsult *individualizációs* folyamaton megy át, bár ez az individualizáció ma még sok tekintetben felemás, féloldalas és befejezetlen. Inkább a hagyományos korlátozó és viselkedésszabályozó tényezők érvényének megingásában, mintsem az egyéni autonómia tö-

meges megszilárdulásában fejeződik ki. Inkább negatív oldalai (a „valamitől való megszabadulás") válnak uralkodóvá, mintsem pozitív lehetőségei (a tudatos önmeghatározás, a „mivégre való szabadság"). Mindennek eredménye egy sajátos *„társadalmi gyökértelenség" hatókörének kiterjedése* lett.

Az a tény, hogy a rövid lefutású, tömeges és nem kellően „szerves" mobilitási és migrációs folyamatoknak ily nyomatékos szerepet tulajdonítunk a tbz előállásában, elvben összefér azzal, hogy a népesség e folyamatok által nem érintett csoportjai (elsősorban a kistelepülések lakossága, a legkevésbé iskolázott rétegek) – a környezetükben zajló változásokból kimaradván – ugyancsak olyan helyzetbe kerültek, amely fogékonyabbá tette őket a tbz bizonyos formái (mint az adatok mutatják: főképpen az alkoholizmus, az öngyilkosság és a mentális zavarok) iránt.

Bármily paradox legyen is, bizonyos történelmi helyzetekben a túlfeszített migráció és mobilitás, valamint a belőlük való kiszorulás hatásai egyaránt növelhetik a beilleszkedési zavarokat.

E tényből szükségképpen ered, hogy átfogó és hosszú távú, stratégiai célnak kell tekinteni *az egyént közvetlenül magukba foglaló társadalmi alakzatok megerősítését és újrastabilizálását* a társadalmi élet minden területén. Ennek érdekében:

1. Célszerűnek látszik a további *városba áramlás lelassítása*. Ennek elengedhetetlen feltétele a településfejlesztésről kialakított újabb elképzelések következetes érvényesítése, éspedig olyképpen, hogy az urbanizáció civilizációs javai és szolgáltatásai minél teljesebben érjék el a kistelepülések övezetét is.

Bár a gazdasági helyzet és a várható fejlődés előre látható kényszerei nem teszik sem lehetővé, sem szükségessé a belső migrációs folyamatok *adminisztratív, mesterséges korlátozását* (lásd a munkaerőmozgás elkerülhetetlenségét), arra feltétlenül célszerű volna törekedni, hogy e mozgások mérsékeltebbek, szervesebbek (azonos régión belüliek) legyenek, s inkább a fiatal pályakezdőket érintsék. Ezen belül határozottan csökkenteni kellene a nagy távolságú vagy a lakóhelyüktől, családjuktól tartósan távol élő *ingázók* számát, valamint legalábbis a leromlott és emberi életvitelre alkalmatlan *munkásszállók* népességét.

Jóllehet a migrációs folyamatok egyúttal a kívánatos társadalmi mobilitás megvalósítói és hordozói is, nem célszerű fenntartani azt az állapotot, hogy a mobilitás (szakmunkássá válás, értelmiségi vagy alkalmazotti sorba kerülés) az indokoltnál nagyobb mértékben járjon együtt *területi* helyváltoztatással.

Ehhez egyebek között arra van szükség, hogy az urbanizáltsági színvonal „csúcsainak" vonzó s alsó szintjeinek taszító ereje közötti mind határozottabban növekvő feszültség enyhüljön. Ez újólag szükségessé teszi, hogy átfogóan mérlegeljük a munkahely-telepítésnek, a kulturális intézmények területi elhelyezkedésének, a civilizatorikus fejlődés térhódításának kérdéseit – főképpen a kis- és középtelepüléseken.

2. Témánk szempontjából azonban elsősorban nem az önmagukban vett urbanizációs fejlemények érdemelnek figyelmet. Meghatározó jelentőségűnek ítéljük a *„helyi társadalom" mozgásterének kibővítését, belső demokratikus formáinak kikristályosítását, szerves és viszonylagosan autonóm fejlődésük támogatását*. Mindez elsősorban politikai-közigazgatási rendszerünk olyan irányú,

határozott fejlesztését igényli, amely a *„helyi kommunitások" mindenirányú* (anyagi és kulturális) *megerősítését,* az önkormányzati gyakorlat folyamatos bővítését, valamint a helyi, lokálpatrióta érdekeltségek mozgásba hozását és intézményesítését célozza.

A szocialista demokratizmus fejlesztésének ez a szükségszerű és tovább nem odázható tendenciája csak akkor biztosítható, ha a helyi tanácsok – mint a népképviselet, önkormányzat és államigazgatás területi szervei – összetételükben megszabadulnak a formális kritériumoktól, vagyis hívebben kifejezik a helyi lakosság érdekviszonyait és aspirációit; minden jelentős lakott településen meglelhetők, s tevékenységükkel megfelelően ellensúlyozzák az összevont tanácsok kedvezőtlen hatásait; a lakosság különböző csoportjainak valódi öntevékenységére és különböző érdekképviseleti formáira támaszkodnak.

A tbz közvetlen megelőzését és korrekcióját szolgáló sajátos intézményrendszer is csak akkor működhet eredményesen, ha alsó láncszemei mintegy összeolvadnak a *lakossági öntevékenység különböző alakzataival* (önsegélyezési társulások, különböző – pl. antialkoholista – klubok, az antialkoholista szervezet helyi csoportjai, közbiztonsági, bűnmegelőzési és kommunális vállalkozások, a helyi tanács körül szerveződő társadalmi bizottságok stb.), olyképpen, hogy a helyi tanács – elsősorban a Hazafias Népfront szerveire támaszkodva – ez utóbbiak felett is kellő áttekintéssel rendelkezhessék.

Úgy véljük, hogy mindez a *városi kerületeket, lakóterületi (lakótelepi) övezeteket* is érinti. A lakóterületeken működő és manapság jobbára megformálatlan, alaktalan (kommunális, lakásfenntartási, életviteli, közbiztonsági, kulturális-szabadidős, hagyományalakító és -őrző) érdekeltségek kellően türelmes mozgásba hozása és az őket kifejező, nekik megfelelő szabad *társulási formák,* kötetlen szervezeti képletek kísérletező szorgalmazása és szükség esetén intézményesítése az egyéni és családi meggyökereztetés, a szociális támasz nélkülözhetetlen tényezője lehet.

Ezzel kapcsolatban alighanem revízió alá kellene venni azt a nagyvonalúlekezelő – olykor egyenesen megbélyegző – magatartást, amellyel eddig az önkéntes *társadalmi „jótékonykodás"* kezdeményeit kezeltük. Józanul tudomásul kell vennünk azt a tényt, hogy a társadalom anyagi gyarapodása egyenlőtlenül zajlik, s bizonyos körökben még használható anyagi javak halmozódnak, amelyekre tulajdonosaik már nem tartanak igényt. Ezek ma jórészt a társadalmi pazarlás vagy a „hulladékgyűjtés" csatornáiba kerülnek.

Emellett az *önzetlenség és segítőkészség számos jelét is* tapasztaljuk és emlegetjük, különösen a nehéz helyzetekben (pl. árvíz idején). Az ilyen irányú társadalmi kezdeményezéseket bátorítani kellene, meglelve az alkalmas társadalmi kereteket (pl. a Vöröskereszt, az állami szociálpolitikai szervek).

Természetesen elengedhetetlen, hogy a formák ne sértsék az érintettek önérzetét, s emellett akaratlanul se támogassák a lumpen mentalitású élősdiség szellemét.

A nemzetközi tapasztalatok is azt sugallják, hogy a mégoly gondosan kidolgozott megelőzési stratégiák is hatástalanok lesznek, ha *csak* központi intézkedésekre és állami intézményekre épülnek, s mintegy meg akarják kerülni az egyént közvetlenül magukba foglaló társas-társadalmi alakzatokat: a családot,

a munkahelyet, az egyén mindennapi életvitelének színterét: az élő helyi kommunitást.

Akár az öngyilkosságról, akár az alkoholizmusról vagy a fiatalkori veszélyeztetettségről legyen szó, az oki tényezők között rendszerint megleljük a szociális elmagányosodást és magára hagyatottságot, a társadalmi dezintegráció vagy az ilyen-olyan arculatú privatizáció tényeit, a működésképtelen és „halott" közvéleményt.

A társadalmi önsegélyezés különböző formái és a specifikus „antideviációs" intézkedések is csak akkor lehetnek eredményesek, ha nem elkülönülten, nem légüres térben levő „szigetekként" gondoljuk el azokat, hanem mögöttük *fejlődő helyi közösségeket és ezek bázisán újjászerveződő, működő közvéleményt* tételezünk fel.

Az összefüggések azonban kölcsönösek: a tbz visszaszorítását és korlátozását célzó társadalmi erőfeszítések és a kötetlen, önkéntes társadalmi szerveződési formák egyúttal maguk is közéletet serkentő tényezők lehetnek: tartalmat kínálhatnak a „helyi társadalom" működéséhez, egyebek közt – amint a tények jelzik is – a fiatalok értelmes társadalmi akcióihoz.

Külön is alá kívánjuk húzni: az elmondottak megkövetelik, hogy gyorsan és gyökeresen vessünk véget a *kistelepülések „kiürítési" gyakorlatának* (az iskola, a kulturális intézmények, a helyi tanács, az értelmiség kivonása). Ez ugyanis olyan társadalmi és demográfiai (elöregedés) helyzeteket hoz létre, amelyekben elkerülhetetlenül kiszélesedik az egyes beilleszkedési zavarok táptalaja; a településen pedig a templom és a kocsma marad az egyedüli „kulturális" intézmény.

3. Hazánkban a *munkahelyek* (üzemek, vállalatok, hivatalok) részben a maguk hivatalos szervezetei, részben a bennük működő társadalmi szervezetek – főképpen a szakszervezet – funkciói révén már eddig is kialakították a szociális gondoskodás bizonyos formáit (szociálpolitikai támogatás, egészségügyi ellátás, jogsegély). Célszerűnek látszik, hogy e rendszert abból a szempontból is áttekintsük, milyen szerepet játszhat a tbz visszaszorításában.

Jóllehet a hagyományos nagyvállalatok egyre csökkenő arányban foglalkoztatják a munkavállaló népességet, a kis szervezetek (és a költségvetési intézmények) pedig csupán szűkös határok között vállalhatnak *önálló* társadalompolitikai-szociálpolitikai funkciókat, a munkahelyi szférát témánk szempontjából is kitüntetetten fontosnak kell ítélnünk. Már csak azért is, mert a tapasztalatok arra utalnak, hogy hazánkban a *munkahelyek rendkívül konfliktustelttettek:* mind a személyes viszonylatokban, mind a szervezeti-hivatali kapcsolatokban igen sok a személyes alakot öltő feszültség, nyílt vagy hallgatólagos ellenségeskedés, anarchikus versengés. Ebben a sokszor vitatott munkaszervezeti és technológiai lazaságok, értékelési és ösztönzési bizonytalanságok csakúgy szerepet játszanak, mint a munkahelyi demokratizmus formális vonásai s általában a munkahelyi légkör kedvezőtlen tünetei.

Nem az emberek lettek „agresszívabbak", hanem a munkahelyeken tapasztalható objektív technológiai-szervezési és társadalmi-érdekeltségi viszonyok zavarai csapódnak le a nemkívánatos magatartásformákban.

Bizonyosnak látszik, hogy ma a munkahelyi körülmények jelentős szerepet

játszanak a dolgozókban kialakuló feszültségek tömeges gerjesztésében; olykor egyenesen neurotizáló tényezőként működnek. Teljesen nyilvánvaló, hogy az e tekintetben meghatározó fontosságúnak ítélhető tényezők ismét csak nem befolyásolhatók különös „antideviációs" intézkedésekkel. Kedvező változást csak *korszerű munka- és munkaszervezési kultúra,* továbbá a *munkahelyi szociális légkör* fokozatos javulásától remélhetünk.

Mindennek ellenére a vállalatoknak és intézményeknek fontos szerepük van és lesz a fiatal munkások nevelésében, beilleszkedésében, továbbá az anyagi támogatással járó, valamint a gyermeknevelléshez kapcsolódó szociálpolitikai intézkedések megvalósításában. (A sokat emlegetett „japán csoda" *egyik* titka alighanem e síkon lelhető meg!) Úgy véljük, hogy *az üzemegészségügyi szolgálat és a jogsegély eddig ki nem aknázott lehetőségeket* rejt magában. Általánosan szólva mindkettő tevékenységét ésszerű volna alakítani-bővíteni, s közelebb vinni egy átfogóbb *„humánszolgáltatási" szerepkörhöz* (üzemegészségügyi és szociális szolgálat). Evégett az üzemegészségügyi szolgálatban erősíteni kellene a szociális medicina szemléletét; a nagyobb vállalatoknál pedig fokozatosan ki kellene egészíteni a szociológiai és a pedagógiai-pszichológiai szakértelem képviselőivel (pl. ifjúságvédelmi felelős).

Elengedhetetlen, hogy az üzemegészségügyi szolgálat szorosabb és folyamatosabb kapcsolatban álljon a területi egészségügyi ellátással; ennek híján nem képzelhető el sem az alkoholizmus, sem a mentális zavarok kezelése.

4. *Az iskola minden tekintetben középponti intézménye a tbz megelőzésének* és társadalmi kezelésének, főként ha figyelembe vesszük, hogy a megelőzés legbiztonságosabb és legkevésbé „költséges" útja maga a sikeres szocializáció.

Ennek tudatában sincs módunk arra, hogy felvázoljuk egy átfogó iskolareform- (vagy inkább *nevelési reform*) tervét; csak azokat a szálakat emeljük ki, amelyek közvetlenül is összefüggnek a tbz visszaszorításával.

Az iskola az a társadalmi intézmény, amely lényegénél fogva folyamatos érintkezésben áll a *családok* többségével, s ahonnan sokrétű rálátás nyílik e családok életére. Ezzel kapcsolatban újszerű és kedvező fejleménynek ígérkezik, hogy mind több családban látszik erősödni az érdekeltség gyermekük iskolázásában, s ezáltal az iskola életének alakításában. Egyebek közt ezért is fontos lenne újraszabályozni a szülőtársadalom érdemleges részvételi módjait, jogait és lehetőségeit az iskola életének alakításában.

Az iskola semmi mással nem pótolható szerepet játszik a megmutatkozni kezdő tbz megelőzésének *szignalizációs rendszerében.* Ezt a szerepét azonban csak akkor teljesítheti, ha nem marad magára, vagyis nem hárul rá elviselhetetlen teher magában a megelőzésben és a korrekcióban. A mai iskola lehetőségei e tekintetben sok közismert ok miatt felettébb végesek. Ezért elengedhetetlen, hogy az iskola (vezetése és gyermekvédelmi felelőse) jól kidolgozott, működőképes és gyorsan célhoz vezető *intézményesített* kapcsolatban álljon azokkal a társadalmi szervekkel (tanácsi szociálpolitika, gyámügy és gyermekvédelem, nevelési tanácsadás, ifjúságvédelmi rendőrség és a fiatalkorúak bírósága), amelyekkel együtt kell működnie, vagy amelyek alkalmanként átveszik a további tennivalókat.

Ma az látszik a legnagyobb nehézségnek, hogy az iskola nem tudja: kinek,

mikor, mit „jelezzen", milyen segítségért folyamodjék, kézzelfoghatóan mit tegyen, ha nevelési erőfeszítései csődöt mondanak. Ezért azután inkább csak „nyilvántart" (gyakorta maga sem tudja, miért), vagy sziszifuszi erőfeszítésekre kényszerül, amelyek a pozitív nevelőmunkától vonják el az amúgy is véges energiákat.

Ebben a helyzetben mindig is szükségszerű lesz az a törekvés, hogy az iskola kiélezze és felnagyítsa a beilleszkedési zavarok *korai tüneteit*, s így kísérletet tegyen arra, hogy megszabaduljon az „alkalmatlanoktól". Ezen semmifajta pedagógiai „ráolvasás" és jókívánság vagy intés nem segíthet. Egyébként is józanul számolni kell azzal, hogy *valóban* érdekütközés van az osztályban levő néhány rendellenes (vagy annak minősített) magatartású gyerek és a többség iskolázási érdekei között. Ezt a tényt a szülők is felismerik, s ennek megfelelően járnak el. (Különösen kirívóan teszik ezt a cigány gyerekek iskolázása kapcsán.)

Az iskoláknak ma nemcsak a helyes és humánus pedagógiai eszmékre és jobb munkafeltételekre van szükségük, hanem világos cselekvési programokra, főképpen pedig *együttműködésre és segítségnyújtásra kész intézményekre, társadalmi erőkre.*

Minden lehetséges módon arra kell törekedni, hogy az iskola – feltételezvén, hogy csökken az iskola nélküli települések száma – *szervesebben és tartalmasabban beleépüljön a „helyi társadalom" történeti hagyományaiba, gazdasági folyamataiba, kultúrájába, közéletébe.* Enélkül nem számolhatja fel maga körül a mind nyomasztóbb társadalmi légüres teret. Ezért az iskolának módot kell kapnia arra, hogy mind a tanítás tartalmában, a tantervek anyagának teljesítésében, mind egész tevékenységében *szabadabban és önállóbban* alkalmazkodjék működésének feltételeihez, környezetéhez (helytörténeti anyagok beillesztése a tananyagba; szorosabb kapcsolat a helyi gazdasággal, termeléssel; társadalmi-közéleti funkciók teljesítése a gyakorta formális és „belterjes" mozgalmi munkaformák helyett; aktív részvétel a kommunális fejlesztési tervek megvalósításában).

A jellegzetesen városi jellegű fiatalkori veszélyeztetettség egyik táptalaja a *gyermekek és a fiatalok gyakori „elveszése"* az anonim tömeghelyzetekben (a lakótelepeken, a mammut-iskolákban, a tömegszórakoztatás formáiban, a tömegközlekedésben, az utcákon és tereken). A probléma természetesen igen sokfelé ágazik. Most csak azt húzzuk alá: feltétlenül kívánatos arra törekedni, hogy a demográfiai tények kínálta lehetőségek arányában csökkenjen a városi mammut-iskolák száma, korlátozódjék a többműszakos tanítás köre és – aligha nem ez a legfontosabb – fokozatosan *csökkenjenek az osztálylétszámok.*

Ezzel kapcsolatban fontos minőségi mutatónak kellene tekinteni az egy pedagógus által tanított gyerekek *nevelési szempontból* elviselhető számát, főként az általános iskola felső tagozatában és a középiskolában. Van egy optimális határ, amelyen felül a pedagógus (s ezáltal az iskola) nevelési esélyei ugrásszerűen csökkennek. Ugyanez vonatkozik a *pedagógus napi és heti óraszámaira* is: ha itt elviselhetetlen normák (egyebek közt túlórázási szokásnormák) alakulnak ki, aligha bizakodhatunk újszerű lehetőségekben, egyebek között ab-

ban, hogy az iskola diákjai az épület falain kívül – a közéletben, a tömegrendezvényeken s mindenhol – rendezett közösségként jelennek meg.

5. *A családi viszonyok erősítése* – a válások közismert, súlyosan kedvezőtlen aránya miatt is – elsőrendű fontosságú kérdés a tbz valamennyi összefüggése szempontjából. Megfontolandónak véljük a házasságkötési és válási jogszabályok olyan mérlegelését, amely rugalmasabban szabályozza az *időtényező* szerepét, s ezáltal igyekszik korlátozni a rögtönzések, az indulatvezérelte cselekvések, meggondolatlanságok hatókörét. Mindezt azonban úgy célszerű érvényesíteni, hogy ne vezessen a reménytelenül megromlott családi viszonylatok kényszerű fenntartásához.

Különösen aggasztó az a tény, hogy a családi viszonyok éppen a leginkább fenyegetett, a *halmozottan hátrányos helyzetű rétegekben* a legkuszábbak; itt a legnehezebb érvényt szerezni a gyermektartási kötelezettségnek is. Célszerű volna megfontolni, hogy az állam ne az eddiginél szélesebb körben vállalja-e magára a folyósítást és – ennek megfelelően – a behajtást. E kérdésekben éppen a leginkább rászorultak tájékozatlanok és tehetetlenek. A gyermekek érdekét messzemenően szem előtt tartva, e tekintetben a határozottabb s jogilag feltétlenül érvényesítendő állami beavatkozás látszik célravezetőnek.

Gazdaságunk új fejleményei – főként a *család termelési funkcióinak újólagos megerősödése* és várható fejlődése – feltétlenül szükségessé teszi, hogy figyelemmel kísérjük a gyermekek és fiatalkorúak családi és kisvállalkozási foglalkoztatásának ügyét.

Feltehető, hogy az iskolai lemorzsolódások egyik csoportja s a nyomában járó ismert veszélyeztető tényezők meghatározott módon kapcsolatban állanak az említett fejleményekkel. E kérdés kapcsán határozottan el kell különíteni a kedvezőtlen, veszélyeztető tényezőket a *családnak mint munkavégző közösségnek* a kívánatos támogatásától, legyen szó akár csupán közös jövedelemszerzésről, akár (kisiparosok, kisvállalkozók, családi gazdaságok esetében) szakmatanulásról, munkakészségek elsajátításáról.

A *családi stabilitást* elősegítő minden más tényezőt, amely a másfajta kérdésfeltevésekből kiinduló elemzésekben kialakult, a tbz szempontjából is határozottan támogatásra érdemesnek ítéljük. Ezekre később – a javaslatok további konkretizálása során – visszatérünk.

6. A vázolt társadalmi cselekvési irányok egyebek mellett azért látszanak különösképpen fontosaknak, mert a tbz sikeres megelőzési stratégiája csakis abból indulhat ki, hogy a szükségessé váló beavatkozás első szakaszában (szociálpolitikai segélyezés, családgondozás, nevelési és életvezetési tanácsadás, szociális támasznyújtás) *mindennapi életvitelük közvetlen közegében* – lehetőleg a családból és a munkahelyről való „kiemelés" nélkül – kell támogatni és erősíteni az *arra rászorultakat vagy a tbz első tüneteit mutatókat.* Erre azonban csak akkor kerülhet sor, ha az egyént elsődlegesen magukba foglaló és támogatni képes társadalmi alakzatok (lakóterületi közösség, munkahely, család, iskola) maguk is többé-kevésbé szilárdak, dinamikusan fejlődnek, s így képesek teljesíteni a nekik szánt funkciókat.

**Társadalmi differenciáltság: egyenlőtlenségek, halmozottan hátrányos és peremhelyzetek**

A hazánkban zajló mélyreható változások egyik fontos síkja a *társadalmi-gazdasági és fogyasztási egyenlőtlenségek dinamikája.* Az elmúlt két évtized alaptendenciája kétségtelenül a *gyors társadalmi homogenizálódás* volt, jóllehet az mindvégig megőrizte ellentmondásos és differenciált jellegét. Bizonyos közös vonások ellenére (merőben új fogyasztási szokások és aspirációk kialakulása, új életviteli minták) a társadalom különböző csoportjait különböző szinteken juttatta el az új lehetőségek birtokbavételéhez.

Részben a fogyasztási „csúcsok" egyetemes hozzáférhetőségének képzete, majd a nyomában járó – egyebek közt nemzetközi mintákhoz is igazodó – igények „túlszaladása", részben a „társadalmi összehasonlítás" folyamatainak intenzív működése számos újszerű tendenciát erősített fel társadalmunkban: a versengő-rivalizáló késztetéseket, a privatizálódást, az anyagi gyarapodás szimbolikus jelentőségének növekedését és összekapcsolódását a társadalmi „sikerrel", az ismert „önkizsákmányolási", önhajszolási törekvést, a rövid távú gondolkodásmódot. Feltehetően ez az életstílus is közrejátszik a halálozási adatoknak a hetvenes években mind élesebben kirajzolódó, nyugtalanító alakulásában, de mindenekelőtt az alkoholizálás feszültségoldó hatásának egyre tömegesebb igénylésében.

Egyre szélesebb rétegek váltak érzékennyé a *társadalmi méltányosság–méltánytalanság és egyenlőség–egyenlőtlenség kérdései iránt.* Ebben az érzékenységben az új fejlemények mellett változatlanul szerepet játszanak egy korábbi korszak „egyenlősdijének", egy kezdetleges patriarchális egyenlőségeszménynek messze visszanyúló hagyományai is. S mert a „csúcsok" természetesen nem egyetemesen hozzáférhetők, s mert számos súlyosan korlátozó objektív gazdasági nehézség és kényszer is működik (lakáskérdés, a jövedelmi és bérviszonyok egyenlőtlenségei, elesettségek, pályakezdési gondok), *az elvben igérkező lehetőségek meghiúsulása is tömegélmény.* Ez azután elégedetlenségeket és elkeseredést szül, meg nem engedett eszközök igénybevételére indít, hajlamossá tesz a devianciára. Világosan vall erről a gazdasági bűncselekmények köre, a nyílt és lappangó korrupció.

Miközben egész fejlődésünk alapkérdése a teljesítményeken nyugvó differenciálás, rendkívül kedvezőtlen, hogy ezt stagnáló, lendületében megtorpant és a fogyasztást korlátozó gazdaság viszonyai közepette kell megtennünk, amikor a társadalmi *egyenlőtlenségek szükségképpen növekszenek,* s amikor a lakosság már magasra feszített igényekkel lépett be e nehezebb korszakba.

Mindezek oda vezetnek, hogy a közeljövőben számolnunk kell mind a növekvő egyenlőtlenségek csökkentésére vagy a már elért színvonal megóvására irányuló alegális cselekvésmódok (kriminalitás, adó- és jövedelemmanipulációk, korrupció stb.) szaporodásával és további önhajszolással, mind pedig a „verseny feladásának" következményeivel: elesettséggel, marginalizálódással, demoralizálódással, a közhangulat feszültségeinek növekedésével. Az e járulékos hatásokkal *eleve* számoló céltudatos cselekvés bizonyosan enyhítheti mindezek lefutásának módját s a tbz-re gyakorolt befolyásukat.

1. Minden hazai vizsgálat igazolta, hogy *a halmozottan hátrányos helyzet rendkívül szoros kapcsolatot és kölcsönhatást mutat a tbz különböző formáival.* Jóllehet tudjuk, hogy e helyzet következményeinek egyik iránya (az önhibán kívül eső szociális elesettség) más – kifejezetten szociálpolitikai – irányba mutat.

A halmozottan hátrányos helyzet képletei (hiányos iskolázottság, alacsony vagy hiányzó szakmai kvalifikáció, rendszertelen és alacsony jövedelem, rossz lakásviszonyok, az átlagosnál jóval nagyobb gyereklétszám, lokális vagy előítéletes szegregáció) mutatják a legközvetlenebb oksági kapcsolatot a tbz-vel. Ezért itt csupán leszögezzük: *a halmozottan hátrányos helyzet súlyos alakjainak enyhítése, újabb lokális gócai, sajátos „gettói" létrejöttének megakadályozása* (a legszélesebben értelmezett társadalompolitika eszközeivel) elemi előfeltétele annak, hogy legalábbis a „többletdeviancia" enyhítésére, a további növekedés megfékezésére esélyünk legyen.

Hadd tegyük hozzá: a halmozottan hátrányos helyzet által kitermelt tbz mindig *láthatóbb,* szembeszökőbb, s jobban magára vonja a figyelmet, mint a társadalom kedvezőbb helyzetben levő csoportjainak alkoholizmusa vagy alegális – esetleg egyenesen antiszociális – magatartása (a „fehérgalléros bűnözés"). Az orvos vagy az egyetemi tanár alkoholizálása „rejtettebb", a középszinteken zajló gazdasági visszaélések burkoltabbak, mint a segédmunkás randalírozó kocsmázása vagy üzemi lopása.

Az egyén kulturális színvonala a *tbz megjelenési alakját,* leplezési és gyógyítási esélyeit is befolyásolja. S bár ma még nincs kellően pontos képünk a tbz rétegsajátos megjelenési alakjairól, halmozódásairól, határozottan alá kell húznunk: miközben kiemeljük a halmozottan hátrányos helyzet és a tbz kapcsolatát, óvakodnunk kell bizonyos veszedelmes társadalmi „optikai csalódástól" is, amely *a tbz „láthatóságát",* közvetlen hozzáférhetőségét összetéveszti az elterjedtség valódi méreteivel.

2. Különleges figyelmet érdemel a *cigányság társadalmi integrációjának menete* s ennek részeként a cigány népesség és a kriminalitás kapcsolata: némi túlreprezentáltsága a bűnözésben és erős túlreprezentáltsága az erőszakos bűncselekményekben. Az utóbbi esetben kiváltképpen nyugtalanító a fiatalkorú cigány népesség részesedésének növekvő aránya. Még akkor is, ha az áldozatok igen gyakran ugyancsak a cigány népességből kerülnek ki. (Ne feledjük: a cigány kultúrában mindmáig elevenen él a „vérbosszú" normája!)

Ez a tendencia a belátható években várhatóan növekedni fog. A cigányság – feltétlenül szükséges, minden tekintetben pozitív – már kibontakozóban levő társadalmi integrációs folyamata különösképpen kiélezetté teszi a korábbi zárt és öntörvényű, alacsony fogyasztási szintű szubkultúrából való kilépés és a *„fogyasztói társadalomba" való hirtelen és tömeges belépés* feszültségeit. Ma minden jel szerint a cigány népesség az a társadalmi csoport, amely a legerőteljesebben van kitéve az anomikus állapot (a reálisan elérhető, kézzelfogható célok és az elérésükhöz szükséges legitim eszközök közötti konfliktus) nyomásának.

Nehezíti a helyzetet a cigány lakosság „másodlagos gettósítása", vagyis a telepek elhagyása után is előálló lokális elkülönítésük, amikor már hagyomá-

nyos kultúrájuk is mindinkább elveszíti orientáló és szabályozó szerepét, s ezáltal megnehezíti társadalmi viselkedésük szervezését.

Nem kevésbé aggasztó az a fejlemény, hogy a cigányság társadalmi integrációja a mai magyar társadalom szerkezetének legalsó, legkevésbé kvalifikált, legkevesebb műveltséget igénylő szintjein zajlik (szakképzetlen, segéd- és alkalmi munka). Ha ez a folyamat tovább tart, messzire ható következményei alig felbecsülhetően károsak lesznek: a cigányság egy egész történelmi korszakban a *magyar társadalom legalsó rétegeit* fogja képviselni. Elkerülhetetlen lesz tehát, hogy ezt a helyzetet tömegesen deviáns eszközökkel ellensúlyozzák.

Minden lehetséges eszközzel arra kell törekedni, hogy *a cigányság társadalmi integrációja a hazai társadalmi struktúra szélesebb felületén menjen végbe:* a szakmunkás-, az alkalmazotti és az értelmiségi rétegekben is. Ennek viszont kulcskérdése a *cigányság iskolázása,* amely csak különleges támogató és ösztönző eljárásokkal oldható meg. A mai magyar iskolarendszer nem kellően alkalmas arra, hogy a dolgok „természetes menetében" birkózzék meg e feladattal. E kérdésben több, merőben újszerű alternatívát kellene mérlegelni és kísérletileg kipróbálni. A kulturális és civilizációs előrehaladás, s különösen a *cigány értelmiség* számának gyors növekedése előfeltétele annak, hogy a cigány etnikum körében is erősödjenek a társadalmi önszervezés és öntevékenység elemei. Mindenképpen szükségesnek látszik, hogy ezt is elősegítendő, előbb-utóbb létrejöjjön *a hazai cigányság társadalmi szervezete,* szövetsége.

3. Az *öregség* társadalmunkban nem csupán biológiai hátrány, hanem – ha nyugdíjviszonyainkat figyelembe vesszük – egyúttal súlyos társadalmi hátrány is. Ha a hazai öngyilkossági adatokra utalunk, kitűnik, hogy *az időskori gondoskodás* a maga tágabb összefüggései mellett *az öngyilkosság csökkentésének egyik leginkább hozzáférhető módja.* A társadalmilag kielégítő gondoskodási rendszer (főleg a magányosok esetében) mintegy „melléktermékként" e súlyos kérdésben is eredményeket hozhat.

Ehhez azonban arra van szükség, hogy a kérdés ugyancsak elodázhatatlanul fontos szociális és egészségügyi vonatkozásai mellett (nyugdíjasházak, kielégítő szociális otthonok és foglalkoztatók, otthoni gondozás, gerontológiai kórházi osztályok) néhány más dimenzió is kellő figyelembe részesüljön. Elsősorban a nyugdíjasok aktív foglalkoztatásának kiterjesztését, a teljes szociális elmagányosodás megakadályozását, valamint a *„harmadik életkor"* világszerte terjedő szemléletének érvényesítését tekintjük fontosnak (tanulás, egyetemi-szabadegyetemi formák, kiállítások az idősek produktumaiból, hobbitermékeiből, klubélet stb.). A helyi szervek támogatása mellett itt is minden alkalommal célszerű volna maguknak az érintetteknek az aktivitására, társulási és önszervezési hajlandóságára támaszkodni.

4. *A strukturális peremre szorulás vagy az önkéntes „kivonulás"* többé-kevésbé számottevő mértéke viszonylag új jelenség társadalmunkban, s minden jel szerint elkerülhetetlen velejárója a gyors ütemű társadalmi modernizációs folyamatoknak és a nyomukban járó – s részben más forrásokból is táplálkozó – integráció és azonosulási zavaroknak. Ez a jelenség részben oka, részben azonban következménye is a beilleszkedési zavaroknak.

A marginalizálódás legfontosabb forrásai:

– *a vidékről a városba migráló,* határozott cél nélküli s rendszerint kvalifikálatlan fiatalok, továbbá az ingázók és a szállásokon élők;

– ezt a csoportot részben átfedi az általános, főként azonban a szakmunkásképző és az egyéb középiskolából *lemorzsolódottak,* valamint a továbbtanulásból kirekedtek köre; ezek a fiatalok – elsősorban a szakmunkásképzésből kimaradtak, az általános iskola után tovább nem tanulók s a családjukból kiszakadtak – az áttekinthetetlen és ellenőrizhetetlen „alkalmi munka" vagy a kvalifikálatlan munka világában „tűnnek el";

– *az állami gondozottak egy részének sajátos világa,* pontosabban az a makacsul tovább élő szubkultúra, amely mintegy eleve elfogadja és magáévá teszi az „államiként", „lelencként", potenciális bűnözőként történő minősítést.

Főképpen e forrásokból verbuválódnak a fiatalok laza városi csoportjai: a „csöves társadalmak", az anti- vagy csupán aszociális csoportosulások. Ezeknek a szerveződése rendszerint gyorsabb, dinamikusabb és szembeötlőbb, mint a pozitív társulásoké. Az évek múlásával pedig általában e csoportosulások tagjainak egy részéből alakul ki az elvszerűen peremre húzódók, élősdiek köre, az a mobil lumpenréteg, amely jellegzetesen nagyvárosi jelenség, s szorosan – bár nem mindig tagjában – érintkezik a kriminalitással.

Ahhoz, hogy a forrásokat el tudjuk dugaszolni, először is *az állami gondozottak ügyének gyökeres reformjára van szükség;* erre más keretben készülnek javaslatok. Eredményessége azon múlik, vajon képesek leszünk-e megszüntetni a társadalmi szegregáció és a kedvezőtlen társadalmi minősítés (és a szubkulturális önminősítés) „rossz folytonosságát". Ehhez viszont arra van szükség, hogy az állami gondozottak iskolázottsági és neveltségi színvonala ne legyen *valóban* kirívóan rosszabb, mint szerencsésebb társaiké.

**A társadalmi viselkedésszabályozó rendszerek átalakulásai**

A hazai társadalomtudományi kutatás a társadalmi *„közösséghiány"* tényének rögzítése mellett egybehangzóan, újra és újra emlegeti az *„értékvákuum"*, az *„értékhiány"* jelenségeit. Más alkalmakkor normatív zavarokról, morális elbizonytalanodásról esik szó. A megállapítások témánk szempontjából is rendkívül fontos és időszerű tényeket rögzítenek.

Az elmúlt két-három évtized átrétegződési, migrációs és életformaváltási átalakulásainak egyik legszembetűnőbb következménye az, hogy *a korábbi nagy társadalmi viselkedésszabályozási rendszerek* – mindenekelőtt a vallások, de a különböző hagyomány- és konvenciórendszerek (a hagyományos falusi-agrárközösségi, a „középosztályi", a tradicionális munkáskolóniákra és munkásszervezetekre jellemző életviteli minták) is – *problematikussá váltak vagy elvesztették érvényüket,* mivel átalakultak vagy felbomlottak az őket hordozó társadalmi képletek.

Mindez részben a szocializmus eszméköre térhódításának következménye volt, ám az „üresen maradt" terepet igen gyakran nem vette birtokába új érték-, szokás- és normarend.

Bizonyos értelemben hasonló volt a sorsa a két háború között erős indulati tartalommal telítődött, revizionista és nacionalista elemekkel megterhelődött

*nemzeti-patrióta érzelmi és gondolatkörnek.* Az e vonatkozásban gyakran és joggal emlegetett sérelmek, a történeti szemlélet szakadásai és a történeti folyamatosság tudatának, élményének csak az utóbbi időben helyreálló fonala tovább bonyolította a képet.

A már jellemzett individualizálódási fejlemények, valamint a vázolt események közepette perdöntően fontos kérdés, *vajon mi is töltheti ki az érzékelhető „űrt"?* Mi veheti át az említett nagy objektivációs rendszerek társadalmi homogenitást előmozdító, orientáló és viselkedésszabályozó szerepét?

1. *A szocializmus eszméköre, társadalmi céljai és értékei* – számottevő térhódításuk ellenére – ma még túlságosan elvont-deklaratív alakban, túlnyomóan ideologikus formában léteznek, s *nem tudják kellően befolyásolni a mindennapi létformákat, érintkezési és életviszonyokat, életmód-alakulási tendenciákat.* Pedig e lehetőségek elmélyítése és kiterjesztése társadalmi életünk minden színterén rendkívül időszerű.

Megvalósítására azonban csak akkor kerülhet sor:

– ha – miközben minden tekintetben *mai valóságunk létező és valódi vívmányaira* támaszkodik – szervesebben beleépül mind a maga teljességében vállalt *történeti folytonosságunkba, hagyományainkba,* mind pedig a *helyi, tájhazai lokálpatriotizmus,* a mindinkább önálló helyi *önkormányzás kereteibe* és közvetlen célkitűzéseibe;

– ha tudatosan fejleszti a maga sajátos *morális pátoszát* és részleteiben is kikristályosítja, felmutathatóvá és szisztematikusan átadhatóvá teszi (mind az iskolai nevelésben, mind eleven példák révén) a *maga erkölcsi érték- és normarendjét,* éspedig úgy, hogy azok ne álljanak kezelhetetlen konfliktusban a mindennapi lét tömeges tapasztalatával;

– ha befolyásolni tudja a *mindennapi lét formáit* és kereteit, ha reális, tömegesen elfogadható és *szabadon választható életmód-alternatívákat,* -modelleket fejleszt ki.

Számolni kell azzal, hogy az előttünk álló hosszú időszakban a szocializmus sajátos értékei – még kedvező fejlődés esetén is – másfajta *hazai és nemzetközi mintákkal konkurálva, ellentmondásos szellemi és ideológiai közegben* jutnak érvényre, de csak akkor, ha ez a szféra is a tudatos társadalomirányítás figyelmének és cselekvésének előterében marad.

2. A vázolt hiány légkörében természetes hajlam mutatkozik *a jogrendszer (a jogi szabályozás és szankcionálás) túlhangsúlyozására,* illúziókkal megterhelt kezelésére: egy különös *jogi és rendeleti-közigazgatási túlszabályozásra.* A jogrendszer viselkedésszabályozó lehetősége – a jog minden pozitív szerepe és egy érettebb társadalmi jogtudat feltételezése mellett – sem korlátlan. Sőt ha tömegessé teszi a következmények nélküli vagy a csupán véletlenszerű, esetleges következményekkel kísért („balszerencsém volt") jogsértés tapasztalását, intenciója egyenesen visszájára is fordulhat. A jogi szankciók megkerülési lehetőségének tömeges tapasztalása magát a jogrendet lazítja fel, s alacsony hatásfokúvá teszi működését.

A jogi-rendeleti túlszabályozás új és új réseket hoz létre, áttekinthetetlenségével egyre messzebb távolodik a lakosság nagy tömegeitől, s ilyen értelemben egy különös *„bürokratikus beavatottságot" vagy „arisztokratizmust"* hoz létre.

Ilyen körülmények között ördögi kör jöhet létre: minden új jogi-rendeleti aktus új és új megkerülési (vagyis deviációs) taktikákat hív életre, amint arról a gazdasági bűnözés számos ténye tanúskodik.

A helyes joggyakorlat, bármily fontos és nélkülözhetetlen legyen is, önmagában nem veheti magára és nem pótolhatja a társadalmi viselkedésszabályozás más formáinak (erkölcs, hagyomány és szokás, közvélemény, morális szankcionálás) funkcióit. *Egészséges morális közérzület* és a belőle táplálkozó *közvélemény* híján a jogi eljárás is sok tekintetben tehetetlenné válik, vagy hajlani fog a bürokratikus-represszív eljárások szerepének hangsúlyozására.

3. A *vallások* a nagymérvű – tudatos vagy felületes-divatszerű – laicizálódás ellenére sem vesztették el befolyásukat. Sőt bizonyos tények arra utalnak, hogy a jövőben számos – itt nem elemezhető – ok miatt még inkább számolnunk kell hagyományos és neo-vallásos, neo-spiritualista tendenciákkal. Mivel az ateizmus és a laicizmus nem „államvallásként" óhajt teret hódítani, hanem személyes és felelős döntés és választás eredményeként, állampolgári meggyőződésként – s nyilvánvalóan csakis ez utóbbi lehet a célravezető –, ezért még inkább fel kell készülnünk a *hosszú távú együttélésre, sőt a sokoldalú együttműködésre*, ahogyan arra a szociális gondozás terén ma már vannak is példák.

Részben ezért, részben más megfontolások miatt – az állam és az egyházak közötti sikeres együttműködés elmélyítése keretében – *hosszabb távra szólóan ki kell alakítani az intézményesen szabályozott együttműködés módjait a tbz visszaszorítása érdekében is.*

Kellő társadalmi és nemzeti felelősségtudattal számot kell vetnünk azzal, hogy ha az önpusztítás bizonyos formáival (elsősorban az alkoholizmussal és az öngyilkossággal) szemben a vallásos hit védelmet nyújthat, akkor ezt a lehetőséget is számításba kell vennünk. Részben vonatkozik ez az agresszív társadalomellenesség megnyilvánulásaira, a kriminalitásra is.

Mindebből az következik, hogy a hazai egyházak már kialakulóban levő munkaformáit és új lehetőségeit (alkoholistákat mentő szolgálat, öngyilkossági krízishelyzetben segítségnyújtás, narkósok reszocializálása, különféle önsegélycsoportok) célszerű támogatni, s *szervezett együttműködés* keretében tekintetbe venni a hazai intézményrendszer alakítása során. Bizonyos – az e feladatokkal kapcsolatos – szakismereteket célszerű volna ajánlani a lelkészképzésben és -továbbképzésben is. Az együttműködés elsősorban az *alkoholizmus, az öngyilkosság és a kriminalitás* területén lehet kívánatos.

Az ez irányú együttműködés során elkerülhetetlenek lesznek a vallásos szellemű befolyásolás bizonyos vonásai. Ez azonban aligha nagyobb kockázat, mint a befejezett öngyilkosság vagy az idült alkoholizmus állapota.

4. Hazánkban különleges figyelmet érdemelnek *a kulturális szokásokban és hagyományokban élő, olykor az irodalomban és a tömegkommunikációban is felbukkanó, deviációt fenntartó és legitimáló különböző „ideológiák"*. Ezekkel főképpen az *ivási szokások* körében (az ivás mint a férfiasság vagy a baráti-társasági szolidaritás jele; mint a „honfibú" kifejeződése és a „társadalmi kesergés" velejárója; mint a művészi tehetség szükségképpeni kísérője), továbbá az *öngyilkosság heroizálásában* (a József Attila-modell az értelmiség körében, Széchenyi és a Telekiek példája, a falusi-tanyai környezet rezignált-helyeslő és tu-

domásul vevő reakciója), valamint a *köztulajdonhoz fűződő viszonyban* bukkannak fel (az államtól, a „kincstártól" lopni „dicsőség").

Számos jel utal arra, hogy a felületes hazai *„magazinkultúra"* egyes vonásai és meghatározott életstílust sugalmazó ösztönzései vagy egyes tudományos (pl. szexológiai vagy „antipszichiátriai") megállapításokat vulgarizáló közlései és jelszavai ugyancsak hozzájárulhatnak bizonyos hibás magatartási minták terjesztéséhez és legitimálásához.

Olykor publicisztikánk és irodalmunk is kacérkodik a *halál „esztétizálásával"*. A halálfélelem természetes önvédelmi reflex is, nem csupán heroikusan leküzdendő „rossz". Egész társadalmunkban s az egyén tudatában is *abszolút értékké kell tennünk az emberi élet értékének eszméjét*. Jóllehet ez meglehetősen elvont deklaráció, de bizonyos helyzetekben ezek állhatatos hangsúlyozása is fontos lehet.

5. Az egészséges, belső zavaraitól megtisztult *nemzeti tudat és érzület* nélkülözhetetlen támogatója lehet törekvéseinknek. Igaz ugyan, hogy hazafias érzületből senki sem fog tartózkodni az öngyilkosságtól vagy az alkoholizálástól, de *a kiegyensúlyozott nemzeti tudatból táplálkozó és a „népben, nemzetben" gondolkodó állampolgári felelősség mégis az egyén nagy erejű belső támasztéka lehet konfliktusaiban, döntési dilemmáiban.* E kérdés elevenen benne él közéletünkben, a cselekvési irányok is világosak, ezúttal csak a témánkhoz illeszkedő oldalát húztuk alá.

6. A hagyományos objektivációs rendszereknek a bevezetőben említett érvény- és térvesztése lényegében véve irreverzíbilis. Ez viszont korántsem mondható el a *társadalmi közvéleményről s annak különböző alakzatairól* (helyi közvélemény, munkahelyi közvélemény stb.). Ez a közvélemény ma igen gyakran közönyös, olykor megfélemlített (pl. az antiszociális erőszak, az alkoholista – vagy galeri – brutalitás miatt, vagy a retorziótól való félelem okán). Máskor meg nem hajlandó arra, hogy közösséget vállaljon a „hatósággal", a „hatalommal". „A betyárnak szurkolni a pandúrral szemben" – valamiképpen ez is szokáserejű, hagyományos mintáinkhoz tartozik. Mindennek hátterében végső soron ismét csak a társadalmi demokratizmus fogyatékosságaira, a tömeges és sikeres demokratikus tapasztalatok hiányára bukkanunk.

Miközben oly sok szó esik szervezeteink, intézményeink és vállalataink demokratizmusáról, célszerű volna többet beszélni a *„helyi társadalom" közvéleményéről és annak működésmódjairól.* Szerepe a szabad idő növekedésével csak erősödni fog. Egyebek között ezért is ítéljük oly fontosnak mindazt, amit a helyi önkormányzásról és a mindennapi élet demokratizmusáról elmondottunk.

7. Témánk összefüggésében mérlegelésre érdemes kérdés *a társadalmi tekintély folyamatos és szemmel látható gyengülése,* lett légyen szó akár *intézmények* (pl. iskola, igazgatási és hatalmi szervek, társadalmi szervezetek), akár *személyek* tekintélyéről, mint pl. a szülői, vezetői, tanári tekintély.

Ebben kétségtelenül felfedezhető egy kedvező vonulat is: a hagyományos és külsődleges alapokon nyugvó, autokratikus jellegű, „feudális" tekintélyi viszonyok megingása s ennek nyomán egy új típusú – valójában szocialista értékeket képviselő – autoritás szükségességének megérlelődése.

Ez utóbbi lényege: a társadalmi tekintély nem hivataladta, nem külsőleges-

formális ismérveken nyugszik, hanem a személy vagy intézmény tényleges teljesítményein, létének és munkájának *minőségén*. De nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy a társadalmi valóság szerves és fontos része a hatalmi és a kényszerítő intézmények kellő autoritása. Ennek gyengülését világosan tükrözhetik a kriminalitás, az antiszociális viselkedés adatai.

Különösen nyugtalanítónak látszik *a társadalmi tekintélyek megingása a fiatalok körében*. Egyebek közt azért is, mert nevelni és befolyást gyakorolni, eszmei hatást kifejteni kellő intézményes és személyes tekintély nélkül egyszerűen nem lehet, legfeljebb kényszeríteni vagy magukban álló fegyelmező eljárásokhoz folyamodni.

A társadalmi tekintély említett eróziójával manapság mindenképpen úgy kell számolnunk, mint olyan tényezővel, amely *fokozza az egyén társadalmi orientációjának bizonytalanságát*, növeli feszültségeit s a tbz „csábításainak" lehetőségeit. Ez a jelenség egyébként sok tekintetben természetes kísérője a hagyományos viselkedésszabályozó rendszerek vázolt meggyengülésének.

S itt ismét csak félrevezető lenne, ha egy átfogó társadalmi „fegyelmezési" vagy „tekintélyteremtési" kampányt kívánnak indítani. Magát a jelenséget azonban állhatatosan figyelemmel kell kísérni, alkalmanként különleges erőfeszítéseket is latba vetve az új, szocialista tekintélyi viszonyok megszilárdítása érdekében. E tekintetben különösen a *nevelőintézmények* (s bennük a pedagógus), valamint az *államigazgatási és államhatalmi szervek tekintélyét* célszerű szem előtt tartani, minden esetben beleértve az organikus alapokra épült vezetői tekintélyt is.

**Az iskolázottság és a közműveltség állapota**

Némileg paradox, hogy az elmúlt negyedszázad egyik legnagyobb társadalmi vívmánya – ti. a társadalom iskolázottsági szintjének ugrásszerű megemelkedése – ellenére a beilleszkedési zavarok általában *növekvő tendenciát* mutattak. Úgy látszhatnék tehát, hogy nincs köztük érdemleges kapcsolat. Ezt a nemzetközi adatok is alátámasztani látszanak. Sőt mintha a közműveltség növekedése könnyebbé tenné a „hozzáférést" a deviáció eszközeihez és formáihoz. (Sikeres öngyilkossághoz valóban kell egyet-mást tudni a gyógyszerekről; bizonyos bűnözési módok kifejezetten magas intelligenciát igényelnek; a neurózis öndiagnózisa már tudást követel.) Csupán a kriminalitás és a fiatalkori veszélyeztetettség mutat tendenciális kapcsolatot az *alacsony iskolázottsággal*.

Ennek ellenére határozottan le kell szögezni, hogy a tbz nem magának az iskolázottságnak a kiterjedésével, hanem éppenséggel annak *belső zavaraival, fogyatékosságaival függ össze* (lemorzsolódás; iskolai kudarcok; fogyatékos tudásszint; a fiatalok különböző – főleg hátrányos helyzetű – csoportjainak elfordulása az iskolától és annak követelményeitől). A társadalom gyorsan növekvő iskolázottsági színvonala mellett az *általános előrehaladásból való kimaradás* különösen kiélezetten megmutatkozó társadalmi hátrány; eredménye valamiképpen diszkriminálja az egyént, korlátozza társadalmi kilátásait. Ezért szükségképpen megnöveli a „deviáns karrier" esélyeit.

Az iskolázottsági színvonal növekedését – az ellentmondásos tények ellené-

re – általában a tbz korlátozása irányába ható fontos tényezőnek kell tekintenünk, de csak azzal a megszorítással, hogy *az általános iskolából kimaradottak viszont fokozottabban veszélyeztetettek és fogékonyabbak* lesznek a rendellenes viselkedés iránt.

Az iskolázottsági színvonal növekedésének általános velejárója lehet – bár nem közvetlen és azonnali következménye – *a társadalom általános kulturális színvonalának, civilizációs érettségének* fejlődése. Ehhez – úgy látszik – „érlelődési" időre, társadalmi beivódásra van szükség. Bizonyos jelek ugyanis arra vallanak, hogy iskolaügyünk mennyiségi eredményei és teljesítményei viszonylag kevéssé mutatkoznak meg a *mindennapi érintkezések kulturáltságában, az emberi* (s köztük a családi) *kapcsolatokban,* a mindennapi egészségügyi civilizáltságban, a közterületek tisztaságában és kímélésében. Sok adat és tapasztalat tanúskodik a durvaságról, a kíméletlenségről, a nyelvezet tisztátalanságáról. Az emberek és a tárgyak iránti kíméletlenség, agresszió rendszerint párhuzamosan, egymást támogatva növekszik.

Mintha egyre kiélezettebb fejlődési ütemkülönbség mutatkoznék *tárgyi világunk fogyasztási javainak gyarapodása és mindennapi életünk, érintkezéseink kulturáltsága és civilizációs színvonala* között. Nyomatékosan aláhúzzuk: mindennek forrásait természetesen nem kizárólag az iskolában kell keresni; a megoldás leckéje sem kizárólag az iskolaügyé.

1. Az elmondottak fontossá teszik, hogy módszeresen vizsgáljuk az *iskolaügynek azokat a kritikus pontjait, diszfunkcióit,* amelyeknek „termékei" az esetek jelentős részében a tbz körében jelennek meg. A *lemorzsolódás* (főként az általános iskolából és a szakmunkásképzőkből) és a *cigányok iskolázásának* már említett kérdései mellett főképpen az *iskolakezdési nehézségek* (gyógypedagógiai beiskolázás, indulási kudarcok), valamint az *iskolaváltások övezetében* tapasztalható feszültségek érdemelnek megkülönböztetett figyelmet.

Ez utóbbi pontokon a *tanulási törekvések meghiúsulása* (kimaradás a kívánt középiskolából, illetve felsőoktatási intézményből) – főként a magas iskoláztatási törekvésű társadalmi csoportokban – rendszerint belső törésekkel jár, s a közvetlenül érintetteknél szélesebb körben halmoz fel társadalmi feszültségeket. A szélsőségesen változó demográfiai helyzetünk a közeli évekre nem ígér gyors előrehaladási lehetőségeket. A középfokú iskolázás kiterjedésének eredményeként várhatóan növekedni fog a felsőoktatásra nehezedő nyomás. Ezért itt csupán afelől dönthetünk, mely ponton vállaljuk a konfliktus kiéleződését: a felvételnél a keretszámok változatlanul erőteljes korlátozásával, vagy a kibocsátáskor a pályakezdők nehézségeinek halmozódásával? Bizonyára az lenne a célravezető, ha *mindkét ponton* enyhítenénk a konfliktusok várható kiéleződését.

Ezért mindenképpen szükségesnek látszik – elsősorban középfokon (gimnázium, technikum) és a felsőoktatásban – a *felvételi keretszámok* bővítése, s egyúttal a követelmények növelése, valamint a személyes felelősség nyomatékosabb hangsúlyozása, a „paternalisztikus" szemlélet korlátozása. Ma már az is látható, hogy a középfokú oktatás méreteinek bővülése következtében szervezettebb segítségre lesz szükségük mindazoknak, akiket nem vettek fel a tervezett helyre. Ezt elsősorban a *pályaválasztási tanácsadás* már kiépült rendszere

vállalhatja magára. Ezzel kapcsolatban szükség van a nagyüzemi munkáspályák tekintélyének helyreállítására, valamint az alkalmazotti és a középfokú szakszerűség becsületének növelésére, az erőteljes „diplomaszerzési" igények rovására is.

*Az iskolakezdési kudarcok enyhítésére* a demográfiai változások (a most belépő csökkenő létszámú korosztályok) hosszabb távon kedvező lehetőséget kínálnak; itt az iskolai munka minőségi javítása (beleértve a kisebb létszámú osztályokat is) ígérhet eredményeket. Erre főként akkor kerülhet sor, ha az oktatáspolitika érvényesíteni fogja azt a szelekciós elvet, hogy a *különlegesen nehéz körülmények között dolgozó iskolák* meghatározott preferenciákat élvezzenek.

2. Ma a *hazai felnőttoktatás* – részben határozott „megfiatalodása", részben a tanulási és művelődési kedv megcsappanása miatt – sok tekintetben *válságtüneteket mutat.* Ennek egyik fő oka az, hogy a felnőttoktatás hagyományosan a nappali iskolázás megkurtított, „kicsinyített" és redukált modelljére épült, s ezért erőteljesen eltávolodott az érintettek szakmai profiljától és szakmai kvalifikációs érdekeltségeitől. Ma a felnőttoktatás jórészt a normális iskolázás elvégzésének időben némileg elhalasztott és megkönnyített módja.

E tekintetben feltétlenül szükséges új elgondolásokat mérlegelni. A kiutat az jelentheti, hogy *a felnőttoktatás két főirányát elkülönítjük,* s levonjuk ennek minden gyakorlati következtetését. A társadalmunk nyitottságából eredő megfontolások alapján fenn kell tartani a viszonylag fiatalkorúak számára azt a lehetőséget, hogy megszerezhessék a normális iskolázás menetében elmulasztott (általános iskolai vagy középfokú) végzettséget, és így esélyük legyen felsőfokú tanulmányokra.

A némileg idősebb korosztály számára azonban merőben más logika látszik kívánatosnak: a hangsúlyt a *szakmai kvalifikáció emeléséhez kapcsolódó* általános és közműveltségi színvonal fejlesztésére kellene tenni – ennek minden tantervi és módszertani következményével együtt.

Különösképpen fontosnak ítéljük azt, hogy a társadalmi reszocializáció és korrekció valamennyi fontos intézménye (nevelőotthon, börtön) módot kapjon arra, hogy az érintettek iskolázását rugalmas formákkal, önállóan oldhassa meg, a fő hangsúlyt *a korszerű és lehetőleg a modern technikához kapcsolódó szakmai kvalifikációra helyezve.*

3. Iskoláink tantervi anyaga általában meglehetősen szűkölködik sajátos *„embertudományi" ismeretekben.* Az ember jobbára csak mint biológiai-fiziológiai lény bukkan fel, esetleg mint a történelmet alkotó tömeg tagja vagy mint „kiemelkedő személyiség". Gyakorlati pszichológiaként és szociológiaként, mi több: erkölcsként szinte kizárólag az irodalom (meg az „osztályfőnöki óra" ma már mereven szabályozott formalizmusa) marad meg.

A társadalomban élő és fejlődő, cselekvő, döntéseket hozó és választó emberről, illetve a mai élő és változó társadalomról rendkívül kevés és esetleges ismeretet nyernek a diákok. Újólag megfontolandó, hogy nem volna-e célszerű a középfokú iskolában egy *integrált, aktuális „ember- és társadalomtudományi"* (pszichológiai, szociológiai, etikai, közgazdasági, néprajzi, jogi stb.) ismeret-

kör meghonosítása. Ezt igen alkalmasan taníthatnák az eljövendő iskolapszichológusok is.

4. Különös hangsúlyt kívánunk tenni arra, hogy az iskolai nevelés tartalmának fejlesztését (legyen szó akár a tankönyvi anyagról, akár a tágabb nevelőmunka és az iskolai közélet programjáról) olyképpen kell megoldanunk, hogy az *iskola világa és az iskolán kívüli társadalmi tapasztalatok,* élmények között ne támadjon szakadék.

Az iskola normatív rendje – mint követelmény – mindig előtte jár az éppen adott társadalmi erkölcsi és műveltségi színvonalnak. Itt világosabbá kell tenni követelményeinket, értékeinket. De ezt nem tehetjük meg úgy, hogy a valóságot zárójelbe tesszük vagy olyanra stilizáljuk, amilyennek látni szeretnénk.

Az iskolában nem társadalmunk konfliktusmentes eszményi állapotát kell felmutatnunk, hanem végül is azt: honnan jön, hol tart ma, és milyen viszonyok között, milyen erőfeszítéssel halad tulajdon jövője felé. Bár ez igencsak általános megállapítás, következtetéseit az iskolai élet minden területén, az ifjúság nevelésének minden intézményében célszerű érvényesíteni.

5. Feltétlenül kívánatos, hogy a hazai *tömegkommunikációs rendszer működését* önállóan vizsgáljuk meg abból a szempontból, hogy milyen logika és elvek alapján végzi az életmód, az életvitel, az életkultúra mintáinak – kívánatos és elutasítandó mintáinak – bemutatását, propagálását, mindennapi létünk civilizációs színvonalának formálását.

Minden jel arra vall, hogy e területen rendkívül sok a rögtönzés és az esetlegesség, az alkalomszerűség és a divathajszolás, sőt az egyszerű hozzá nem értés. Egy *társadalom mentális egészségügyi kultúráját és erkölcsi mentalitását* manapság rendkívül erőteljesen befolyásolja a tömegkommunikáció e vonulata (magazinok, levelezési rovatok, viták, különböző tanácsadási rovatok stb.). Mindenképpen ajánlható, hogy az érintett szervek és testületek e kérdésben törekedjenek *hosszú távú és tendenciájában egységes koncepció* kialakítására.

Azt is mérlegelendőnek véljük, hogy miközben létezik a lakáskultúrának, az öltözködéskultúrának s számos egyéb kultúrának szentelt folyóirat, nem volna-e célszerű egy széles közönségnek szánt, nagy példányszámú életviteli, ezen belül *pszichológiai-mentális egészségügyi és önismereti folyóirat* közreadása. Úgy véljük, egy ilyen lap hasznos szolgálatot tehetne az ügynek: az *„ember- és életkultúra"* terjesztésének hazánkban.

**Társadalmunk nevelési ideológiája**

Midőn a címben foglalt kérdést vizsgáljuk, a legkevésbé sem pusztán az iskola szűkebben vett belső világára gondolunk, jóllehet ebből a szempontból különleges figyelmet érdemel. *A pedagógia bizonyos eleme a felnőtt lakossággal való általános bánásmódban, az intézmények és szervezetek munkájában* is mindig jelen van. E tekintetben ugyancsak nem kevés a zavar. Ez azután valamilyen módon – ámbár csak közvetve – belejátszik a tbz alakulásába is.

1. Mindenekelőtt az a tény érdemel figyelmet, hogy számos adat és jel szerint manapság súlyos gondok és zavarok vannak az *iskola általános nevelési ideológiájában.* Az 1950-es évek merev, dogmatikus és életidegen módon nor-

matív pedagógiai-nevelési eszmeköre inkább spontánul széthullott, mintsem hogy módszeres bírálatban részesült volna.

E széthullásban jelentős szerepet játszottak a korszerű pedagógiai, pszichológiai és szociológiai áramlatok; ezek azonban megkerülték ezt a hagyományt, nem konfrontálódtak vele. Ezek a korszerű áramlatok erőteljesen „antiautoriter" beállítottságúak voltak, s mindenekelőtt – optimisztikus módon – a gyermek pozitív lehetőségeit, szabad kibontakozásuk fontosságát és ösztönzését hangsúlyozták. Mindennek hazai viszonyaink közepette kétségtelenül nagy jelentősége volt, hiszen egy sok tekintetben merev, tekintélyelvű és túlcentralizált iskolarendszert kellett és kell korszerűsíteni. Ennek szemléleti maradványai és eljárásai (pl. a verés) változatlanul tovább élnek, bár ezek igen gyakran a pedagógus és a szülő tanácstalanságának és tehetetlenségének a megnyilvánulásai.

Ilyen körülmények között azonban az ötvenes évek szocialista pedagógiai eszmekörének *alapértékei is megkérdőjeleződtek,* bizonytalan határúakká váltak, s elvesztették azt a képességüket, hogy a mindennapi nevelési gyakorlatot orientálják. Annál is inkább, mivel magában a szocialista gyakorlatban is új tények sora jelent meg, éspedig mind a gazdaságban, mind a politikai és a szellemi-ideológiai életben. Ma az iskolában (de nem csupán ott!) szinte teljes a bizonytalanság olyan kategóriák érvényessége felől, mint a kollektivizmus, a fizikai munka és a nevelés egybekapcsolásának eszméje, a társadalmi és a személyes fegyelem természete, a teljesítményelv érvénye, a kötelességtudat megkívánhatósága. Különösen erősek a zavarok e kategóriák *gyakorlati alkalmazásának* módjában.

Egészében azt mondhatnánk, hogy „nevelési ideológiánkban" *spontán fellazulás és elbizonytalanodás* ment végbe, amely a pedagógusok tudatában és gyakorlatában különös tehetetlenségi és tanácstalansági állapotként csapódik le. Ma szinte senkinek nincsenek világos képzetei arról, melyek a fegyelmezés megengedhető eszközei és eljárásai; milyen határig lehet elmenni az iskolai követelménytámasztásban; hogyan is állunk a büntetés szerepével a nevelésben, melyek megengedhető módjai stb.

Ez az állapot azért veszedelmes, mert konzervatív hangulatokat és kívánságokat gerjeszt („Verni kell a gyereket!" „Térjünk vissza a régi, jól bevált módszerekhez és elvekhez!"). Erre egyébként még külön is ösztönöz a liberális nevelési ideológiák szemmel látható csődje és egy neokonzervatív nevelési hullám a nyugati világban.

Elengedhetetlennek tartjuk, hogy a *hazai pedagógiai gondolkodás* mélyenszántóan elemezze e fejleményeket, s minden módon siessen az iskola és a gyakorlati pedagógia segítségére. Csupán azt kívánjuk aláhúzni, hogy az autokratikus nevelési stílusnak nem lehet *valódi* alternatívája a teljesen ráhagyatkozó, ösztönközeli, liberális nevelési stílus, a „szabad nevelés" túlpszichologizált és egyoldalúan gyermekközpontú látásmódjának modern változata. Az utóbbi – normatív bizonytalanságai, naiv optimisztikus illúziói miatt – nem kevésbé neurotizáló és káros lehet, mint a másik póluson elhelyezkedő ellenképe.

Ma elsősorban *a szocialista pedagógiai gondolkodás vezető értékeinek határozott korszerűsítésére, működőképessé tételére van szükség.*

2. Társadalmi életünkben általános betegségnek látszik két aggasztó tény:

*az egyéni felelősség elmosására irányuló következetes hajlandóság,* illetve – ennek velejárójaként – *a káros és hibás cselekvések, eljárások következménynélkülisége.* (Gyakorta persze a pozitív például szolgáló teljesítmények is kihullanak a szemhatárból; nem kapnak megfelelő méltánylást.) Hosszú távon mindkettő súlyosan veszélyezteti társadalmunk morális állapotát, de – ami még fontosabb – gyakorlati hatékonyságát is. E megbillenések igen gyakran az elvben feltétlenül helyes, deklarált értékeink (demokratizmus, testületiség, humanizmus az emberrel szemben) *gyakorlati alkalmazásának* torzulásaiból, illetve intézményrendszerünk működési zavaraiból erednek (egyoldalú felülről való függés; a határozott követelménytámasztás és a szükséges szankcionálás kompromittálódása).

Mintha társadalmunkban egyik jellegzetes vonás lenne a „menekülés a felelősségtől". A következmények elhárítására bonyolult játékszabályok alakultak ki – az iskolától a munkahelyig és az intézményekig. Különösen súlyosan és demoralizálóan érinti a közvéleményt, ha a következmények elhárításának lehetősége (autóbalesetek, szabálysértések, jogtalan előnyszerzések stb.) egyenesen összefügg a társadalmi és a hatalmi hierarchiában elfoglalt pozícióval.

E kérdésekben meglehetősen nehéz konkrét cselekvési irányokat megjelölni, hiszen maguk az említett jelenségek sem valaminő központi intenció nyomán jönnek létre, jóllehet igen gyakran központi intézkedések melléktermékei. Változtatást csak a szankcionálás elvszerű következetességétől, az érdekviszonyok megfelelő alakításától és a közszellem tudatos fejlesztésétől, a pozitív társadalmi szándékok határozott támogatásától remélhetünk, de alighanem csak igen hosszú távon, mivel mélyen meggyökeresedett jelenségekről van szó.

3. *A társadalom átfogó információs rendszerének működése* némileg távolról ugyan, de mégis összefügg az általunk vizsgált jelenségekkel. A túlszelektált, az állampolgárt infantizáló, az elkésett vagy hiányzó információ szkepszist és bizalmatlanságot kelt s mindig pótlólagos információs források felkutatására késztet. Ilyenek pedig – mint ismert – mind nagyobb választékban állanak rendelkezésre itthon és külföldön egyaránt.

A hiányzó vagy fogyatékos információ mindig növeli az egyéni viselkedésszervezés bizonytalanságát, s ezáltal is kedvezőtlenül befolyásolja a közhangulatot, feszültségeket kelt. Egészében véve feltétlenül szükségesnek ítéljük *társadalmi információs rendszerünk továbbfejlesztését,* nyitottabb, demokratikusabb és egyúttal polemikusabb, sokoldalúbb fejlesztését, mert csak így lehet a növekvő állampolgári önállóság és felelősségérzet támogatója.

4. Önállóan vizsgálandó kérdésnek véljük, hogy *milyen hosszú távú stratégiával éljen közlési rendszerünk a tbz kapcsán.* E kérdésben is fontosnak tartjuk a nyugodt és szakszerű tényközlést és az objektív tájékoztatást. (Így pl. teljesen felesleges mellőzni a statisztikai zsebkönyvekben a haláloki adatokból az öngyilkossági mutatókat, amint arra újabban ismét sor került.)

Különösen fontos lenne jóval nagyobb teret adni azoknak a tényeknek, amelyek a *lakossági öntevékenység kibontakozását segíthetik,* cselekvési programokat kínálnak (s nem is csupán a Kék fényben igényelt egyéni adatszolgáltatás módjára). Más ajánlásokkal összhangban ugyancsak fontosnak ítéljük a *jog-*

*propagandát és a jogérzék fejlesztését szolgáló eljárásokat* – főként ha azok a lakosság tömeges induktív tapasztalatán nyugszanak.

Mindemellett bizonyos tbz-formák – mindenekelőtt az öngyilkosság és a gyermekkori veszélyeztetettség – esetében elengedhetetlenül szükséges a *körültekintés* és annak szem előtt tartása, hogy a zsurnalisztikus vagy irodalmias eszközök könnyen a már említett legitimáló és fenntartó ideológiák kezére játszhatnak; akaratlanul is a kultúránkban élő negatív viselkedési minták további fennmaradását sugallhatják.

**Társadalmi közérzet és közhangulat, közszellem és közmorál**

A tbz mérlegelésében alighanem a címben szereplő szavak a leginkább „puhábbak" és a legnehezebben megfoghatók a módszeres tudományos kutatás számára, ámbár mindennapi gyakorlatunk szerves része a „hangulatjelentések" írása. Most tekintsünk el a címben szereplő társadalmi tények kétségtelen létezésének bizonyításától, már-már evidencia erejű mindennapi tapasztalásuktól. Csupán néhány ide illő összefüggésükről ejtsünk szót.

*A társadalom hangulati-közérzeti állapota* végül is két fókusz körül szerveződik: az egyszeri, konkrét (hazai és nemzetközi, illetve lokális) eseményekhez, tényekhez kötődő, *rövid távú érzelmi ingadozások,* fellobbanások körül, és egy-egy belátható időszakon keresztül *felhalmozódó-összegeződő, tartós közhangulat* körül. Amikor azt mondjuk: a hatvanas évek második fele, a hetvenes évek eleje vagy vége, szinte kitapinthatjuk az adott időszakra jellemző társadalmi közhangulatot. Természetesen ez maga is többé-kevésbé differenciált, bizonyos rétegeket nem is érint, de mindenképpen van uralkodó vonulata. Olykor bizonyos történelmi témák, korszakok vonnak maguk köré jellegzetes érzelmi holdudvart.

Mindezek az egyének mindennapi életének érzelmi színezetére is rányomják a maguk bélyegét, s ezzel így vagy úgy befolyásolják az életkedvet, a személyes és társadalmi aktivitást. Ezáltal közrejátszhatnak a neurózisok létrejöttében, az öngyilkosságban, az alkoholizálásban.

1. Napjainkban számos ok miatt a *társadalmi perspektívák, a jövőkép különös beszűkülésének* időszakát éljük. Különösen vonatkozik ez a *kollektív jövőképekre.* Ámbár e jegyeket a privatizálódott, a családi keretek közé húzódó s a személyes lét határáig terjedő aspirációk is magukon viselik. Részben ezzel magyarázható a sürgető és gyors szerzési vágy; a viszonylag széles körben tapasztalható hedonisztikus életvitel; az „ahogy lesz, úgy lesz" passzív ráhagyatkozás; bizonyos fatalizmus és az általában rövid lejáratú előretekintés. (A gyakori öregkori öngyilkosságoknak is egyik indítéka – az akut betegségek nyomasztása mellett – a jövő „elfogyása".)

A társadalmi közhangulat e közel sem egyetemes – de mégis jellemző – állapota egyaránt táplálkozik a megnövekedett belső nehézségekből, a gazdasági lendület megtorpanásából, a korábban látványosan és tömegesen javuló életszínvonal stagnálásából és mind érzékelhetőbb visszaeséséből. De talán még erőteljesebben táplálkozik a *nemzetközi helyzet* kiéleződéséből és a háborús fenyegetettségből.

Talán mindmáig nem méltányoltuk a maga teljes mélységében azt a történelmi tényt, hogy az emberiség *folyamatosan együtt kényszerül élni tulajdon pusztulásának konkrét lehetőségével* és e pusztulás ismert, már-már „familiáris" eszközeivel, amelyeket a televízióban nap mint nap szemügyre vehet. Ez önmagában is elegendő ahhoz, hogy nyomasztóan hasson a mindennapokra, s ez végül is fatalisztikus közönybe torkolljék.

Mindezen aligha lehet rövid lejáratú, közvetlen akciókkal segíteni; a nemzetközi viszonyok alakítása sincs hatalmunkban. Egyszerűen számolnunk kell a tényekkel, bizakodva az újabb fellendülés elérkezésében és a nemzetközi viszonyok kedvező alakulásában, feltárva a reális hazai cselekvési – éspedig az egyénre szabott cselekvési – lehetőségeket. Figyelmet érdemel, hogy ennek híján hibás cselekvési alternatívák is felbukkanhatnak.

2. A lakosság viszonylag széles rétegeiben tömeges élmény a *kiszolgáltatottság és a cselekvési tehetetlenség, a függés,* éspedig nem általában a „hatalomtól", hanem leggyakrabban csupán az annak alakját öltő *„kishatalomtól":* az IKV-tól, a hivataloktól, a kereskedelemtől, a szolgáltatási intézményektől, a házgondnoktól, egyszóval az „ügyek elintézhetetlenségétől". Hazánkban az ügyintézési és az „ügyfélkezelési" kultúra színvonala meghökkentően alacsony, s e területen is az elégedetlenség, a rossz közhangulat megannyi forrása fakad. Viszont ez a szféra – szemben az előbbivel – hozzáférhetőbb az energikus cselekvés és a fokozottabb nyíltság, a társadalmi ellenőrzés számára. A közhivatali, az ügyintézési és kereskedelmi-szolgáltatási kultúra fejlesztése az egyik legfontosabb terepe lehet az életkörülmények –, s nyomukban a mindennapi közhangulat – javításának. Feltéve, hogy figyelmet és energiát fordítunk rá, s határozottan bevonjuk a társadalmi demokratizmus fejlesztésének hatókörébe.

3. Mind a publicisztikában, mind a magánbeszélgetésekben – egyszóval a közvélemény legkülönbözőbb rétegeiben – széles körben vitatják a *közmorál romlásának tényeit:* a munkafegyelem állapotát, a tárgyi környezet vandál kezelését, a nyílt és lappangó korrupció különböző formáit, a köztudott gazdasági manipulációkat, a nem enyhülő protekcionizmust s megannyi társukat. Kétségtelen, hogy mindennek objektív alapjai is vannak a *gazdasági és az egyéb hiányokban* (egyebek közt az egyetemi férőhelyekben és más „szimbolikus javakban"). Ezért sok esetben nem is holmi „morális romlásról", hanem egyszerűen célszerű és pragmatikus *társadalmi alkalmazkodási eljárásokról* van szó.

Kétségtelen, hogy e tünetek mind a valódi társadalmi közerkölcsöt, mind a közhangulatot kedvezőtlenül befolyásolják, főként azok körében, akik számára nem hozzáférhetők ezek az „alkalmazkodási taktikák".

Nem reménykedhetünk az említett hiányok belátható időn belüli megszűnésében vagy az elvont moralizálás nevelő hatásában, csupán a *társadalmi nyilvánosság ellenőrző funkciójának kiterjesztésében,* s egyúttal a határozottabb szankcionálásban bizakodhatunk, vagyis – újra és újra – a szocialista demokratizmus formáinak következetes fejlesztésében, amely – mint számos más összefüggésben is láttuk – valóban a kérdések kérdése.

4. A mai társadalmi közhangulat alakulásába – vagy alkalmakhoz kötődően, vagy aktuális viták révén – szüntelenül belejátszik a *nemzeti múlt: történelmünk kulturális mintái, hagyományai,* modellértékűvé alakított eseményei. Gyakorta

a „holt fogja az élőt" marxi formulája érvényesül. Egy-egy éles és túláltalánosító – nem is ritkán metaforikus – megfogalmazás (a „nemzeti életerő" kimerüléséről, az élni akarás csökkenéséről) elsősorban nem meggyőző erejével, hanem éppen *hangulati-indulati hátterével* hat, s ekképpen lehet félrevezető.

E kizárólag történelmi hátterű és hivatkozási alapú értelmezési sémák azért vezethetnek vakvágányra, mert az előbb idézett formulákkal mintegy „feldolgozási mintát" kínálnak a tbz *mai tényeinek* rezignált kezeléséhez. E felfogás szerint a hazai történelem eredendően tragikus színezetű, és ez a tragikum vetül rá a jelenre is: mintegy foglyul ejti a mai viszonyokat is. Holott mai valóságunk okkal és joggal nyugtalanító, határozott cselekvésre kényszerítő tényei – bár történeti gyökerük is van – lényegüket tekintve mégis *mai (hazai és nemzetközi) valóságunk termékei.* Semmifajta korábbi történelmi analógia vagy modell nem nyújthat eszközöket *maradéktalan* megértésükhöz és korlátozásukhoz.

## Javaslatok a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzésének alapintézmény-rendszerére

Javaslataink kialakítása során *elvi jellegű, koncepcionális kiindulópontnak* tekintettük az alábbi megfontolást: a tbz határozott visszaszorítása csak akkor lehetséges, ha létrehozzuk az *átfogó megelőző tevékenység* (társadalmi prevenció) kellően változatos, differenciált – de egységes logikával dolgozó s működésében szervesen integrált – *alapellátás jellegű társadalmi intézményrendszerét.* Ez az elgondolás bizonyos tekintetben az egészségügyi alapellátás kiépítésének analógiáját veszi alapul, annál is inkább, mivel a tbz egyes megjelenési alakjainak (öngyilkosság, alkoholizmus, mentális zavarok) kezelésében a preventív és a gyógyító alapellátás kölcsönösen egymásra utalt: egymáshoz illeszkednek és részben funkcióik is átfedik egymást.

A tbz megelőzésének alapellátási rendeltetést teljesítő intézményrendszere részben a már működő s az e célt szolgáló apparátusok *határozott mennyiségi és minőségi fejlesztését,* kölcsönös kapcsolataik világos tisztázását igényli. Ez elsősorban az iskolai és a rajta kívül folyó *gyermek- és ifjúságvédelem* ügyét érinti (beleértve a rendőrség és a bíróság intézményeit is), továbbá megköveteli *a nevelési és pályaválasztási tanácsadók, gyermek-ideggondozók,* a fiatalok ellátását szolgáló *pszichiátriai intézmények* tevékenységének kritikai elemzését, majd határozott továbbfejlesztését. Ugyancsak ide vonhatók azok a javaslatok is, amelyek a *legfontosabb társadalmi „szocializáló műhelyek"* (iskola, család, munkahelyek, közművelődés és sport, lakóterület) prevenciós hatásfokát kívánják növelni.

Más esetekben viszont – olykor már meglevő kedvezmények és tapasztalatok nyomán – az alapellátásból eleddig hiányzó vagy csupán csökevényesen, részlegesen létező intézményeket kell kifejleszteni. Ez elsősorban a *családgondozás* és a *társadalmi mentális egészségügy* intézményeit jelenti; ezek ügyében nem egyszerűen továbbfejlesztésről, hanem gyökeresen új elemek és munkaformák

meghonosításáról kell gondoskodnunk – természetesen a gazdasági és a személyi feltételek létrejöttének arányában.

A javasolt fejlesztés e vezető irányai csak két további feltétel esetén ígérnek sikert.

Először is önálló kérdésként kell megvizsgálni a tbz kezelésének legszélesebben értelmezett *szakemberszükségletét,* majd ennek nyomán ki kell alakítani a különböző szintű *szakemberképzés* megfelelő kereteit (közép- és felsőfokú oktatás, társadalmi tanulási formák, speciális továbbképzés). A bölcsész- (pszichológus, szociológus), valamint a jogász- és pedagógusképzés, továbbá az egészségügyi oktatás jelenlegi intézményei bizonyos belső átalakításokkal erre nagyobb anyagi erőfeszítések nélkül is módot adnak.

Másodszor halaszthatatlanul szükséges áttekinteni és határozottan továbbfejleszteni az említett *alapellátás helyi és központi irányítási rendjét,* mert ennek híján változatlanul fenyeget a szétforgácsoltság, sőt új elemek megjelenésével növekedhet a *bürokratikus agyonszervezettség,* szaporodhatnak az egymást átfedő funkciók, növekedhetnek az együttműködési zavarok. Mi sem volna veszedelmesebb, mint a tbz visszaszorításának ügyét kitenni egyfajta túlcentralizált és bürokratikus „szervezeti racionalizmus" kockázatainak, amely mellőzi az állampolgárok önállóságát és szuverén döntéseit.

Ebben a keretben különösen fontos lenne alaposan mérlegelni a *társadalompolitikai irányítás* központi alakzatait és szerveit. A különböző kormány- és tárcaközi bizottságok (ifjúsági, cigány-, gyermekvédelmi, bűnmegelőzési, szociálpolitikai, alkoholizmus elleni) tevékenysége keresztül-kasul átszövi és átfedi egymást; minden tény egy *egységes állami társadalompolitikai koordináló és irányító szerv* szükségességére utal.

A tbz kezelésének állami és társadalmi intézményei s azok működése aktív tényezője a beilleszkedési zavarok alakulásának. A rendelkezésünkre álló adatokban mindig *a tbz-t meghatározó társadalmi tények* és a visszaszorításukra kezelésükre rendelt *intézmények működésének kölcsönhatása* (interakciója) tükröződik vissza („működési statisztikák"). A legszembeötlőbb mindez a jogalkotás és a jogalkalmazás területén. Ennek tekintetbevétele nélkül nem értelmezhetők pl. az ötvenes évek kriminálstatisztikai adatai. De a maiak esetében is számolnunk kell pl. a szabálysértés és a bűncselekmény közötti különbségtétel felettébb mozgékony kritériumaival.

Az intézmények és szervezetek mindig *sajátos érdekeket termelnek ki,* s ezek is befolyásolják a fejleményeket. Ha létezik jól kiépült gyógypedagógiai vagy nevelőotthoni rendszer, a benne dolgozók elemi érdeke, hogy mindig legyen „elegendő" növendékük. Ha az iskola munkáját súlyosan zavarják a rendellenes viselkedésű tanulók, kemény érdekeltségek hatnak abban az irányban, hogy az iskola meg tudjon szabadulni tőlük, értelmi fogyatékosnak, antiszociálisnak vagy súlyosan neurotikusnak „minősítvén" őket.

Az intézmények munkatársainak elégtelen létszáma vagy hiányzó szakmai hozzáértése, esetleg objektív okok által is meghatározott „ügyintézési tehetetlensége" növeli a lappangó, társadalmi reakció nélkül maradt „ügyek" számát, vagy éppenséggel „bővítetten újratermeli" azokat.

Az intézmények hajlamosak arra is, hogy *sajátos „ideológiákat"* dolgozza-

nak ki működési zavaraik értelmezésére. Ezeknek az „ideológiáknak" gyakorta objektív magvuk van, ám egyúttal mindig az intézmények alkalmazkodó- és fejlődőképességének korlátait, a rugalmasság hiányát is jelzik.

A jelenlegi intézményrendszer alapvető problémái és működési zavarai szervezeten kívüli és szervezeten belüli okokra egyaránt visszavezethetők.

A *szervezeten kívüli okok* közül a legfontosabbak:

– a beilleszkedési zavarok mennyiségének váratlan növekedése;

– minőségileg új formák jelentkezése (pl. gyesen levő nők neurózisa, fiatalkorúak „szipózása" és növekvő részesedése a bűnözésben);

– az előfordulási gyakoriságok területi átrendeződése (pl. a cigányok bűnözése jelentős mértékben egyes városokra és megyékre koncentrálódik; az öngyilkosság mindinkább falusi jelenséggé is válik; az új lakótelepeken nőtt a veszélyeztetett gyerekek száma);

– az életkori struktúra megváltozásának következményei (pl. a serdülőkorúak növekvő részvétele az erőszakos bűncselekményekben, a fiatalkorúak öngyilkosságának szaporodása stb.).

A *szervezeten belüli okok* további csoportokra oszthatók: az egyes *szervezettípusokban* rejlő problémákra, valamint az egész intézményrendszer *összműködésének* zavaraira.

Szinte minden intézményhálózat esetében elmondható: növelésre szorulna az egységek száma annak érdekében, hogy a szolgáltatások mindenki számára ténylegesen hozzáférhetővé váljanak. (A lelkisegély telefonszolgálat esetében a szolgálatok egyenetlen területi eloszlása, valamint az a tény, hogy nem mindenki rendelkezik telefonkészülékkel, már eleve szűkíti a lehetséges igénybe vevők körét.) Sokszor nem kielégítő a szakember-ellátottság, illetve az intézményekben folyó munka szakmai színvonala. Egyes esetekben ezek a problémák olyan méretet is ölthetnek, hogy a szervezet nem képes ellátni bizonyos, a munkakörébe tartozó alapfeladatokat sem. Így pl. a nevelési tanácsadók közül hétben nincs pszichológus; ezekben nyilvánvalóan nem folyhat komplex személyiségvizsgálat és valódi tanácsadás sem. További nehézség, hogy a tanácsadó intézmények keretei között a veszélyeztetettek számottevő tömegei csak esetlegesen, nehezen vagy egyáltalán nem érhetők el. Ennek oka az is, hogy az „intézményi nyelv" és a szubkultúrák nyelve között igen nagy a távolság. Emellett az érintettek jelentős része – hasonlóan a munkásszálláson élőkhöz – állandóan „úton van", sehová sem tartozik igazán.

Az intézményrendszert a *széttagoltság* is jellemzi. Megmutatkozik ez mind a központi és a helyi területi államigazgatási szerveknél, mind a gondozóhálózatoknál.

Ha egy családban két veszélyeztetett gyermek él, s az egyik kétéves, a másik pedig négy, akkor más-más minisztérium (az Egészségügyi, illetve a Művelődési), valamint más-más szakigazgatási szerv fogja őket védelmébe venni. Míg a kétéves kisgyerek az egészségügyi szakigazgatási szerv hatáskörébe tartozik, addig a négyéves problémáit vidéken az igazgatási osztályok, Budapesten azonban a művelődési osztályok oldják meg. (Nem is szólva most részletesen a kisebb városok eltérő szakigazgatási szervezeti felépítéséről.)

Ha a példában szereplő gyermekek veszélyeztetettségének oka a szülők alko-

holizmusa, az eljárás megint csak kétfelé válik. Amennyiben ugyanis a kötelező gondozás és gyógykezelés szükségessé válik, annak elrendelése az egészségügyi hatóság feladata. A gyermekek ügyében pedig az előbb vázolt hatóságok tehetik meg a szükséges lépéseket (segélyezés, állami gondozásba vétel stb.). Nem zárható ki az sem, hogy valamely esetben csak a szülő alkoholizmusa váltja ki a szakigazgatási szerv közbelépését, s a gyermek veszélyeztetettsége fölött elsiklik a figyelem.

Nem jobb a helyzet akkor sem, ha a gondozóhálózatokat vesszük szemügyre. Más gondozó foglalkozik egy ötéves ikerpár nehezen nevelhető, személyiségproblémákkal küzdő tagjával (nevelési tanácsadó családgondozója), mint a harmonikusan, probléma nélkül fejlődővel (védőnői szolgálat). Ha pedig a nehezen nevelhető gyermek körüli problémák súlyosbodnak, sor kerülhet a pártfogói felügyelet elrendelésére, amelyet az illetékes gyámhatóság által kijelölt hivatásos vagy társadalmi felügyelő fog ellátni.

A széttagoltság azért különösen szembetűnő, mert sem az igazgatási, sem a gondozói vonalon *nincs kellő* (vagy bármilyen!) *koordináció*. A hivatásos pártfogó, a védőnő, a házi szociális gondozó, a nevelési tanácsadó családgondozója, az iskolai gyermekvédelmi felelős anélkül foglalkozik egy család valamely tagjával, hogy gondozótársát tapasztalatairól informálhatná.

A koordinációt akadályozza az is, hogy az állami-államigazgatási területi beosztás alapegységeinél (község, város) kisebb egységek, az ún. *körzetek* földrajzi határai rendszerint nem esnek egybe. Körzeti szervezetben állami szervek (körzeti orvos, védőnő, rendőrségi körzeti megbízott) és társadalmi szervek (MSZMP, HNF, Vöröskereszt helyi körzetei) egyaránt működnek anélkül, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok feltárásában, illetve megelőzésében együttműködnének.

Az *információk elvesztése,* illetve az információt szolgáltatni képes szervek, intézmények, személyek „kihasználatlansága" egyaránt komoly veszteség forrása. Itt nemcsak az említett gondozói hálózatok közötti információáramlás hiányáról van szó, hanem arról is, hogy állami és társadalmi szervek tucatjai kerülnek kapcsolatba társadalmi beilleszkedési zavarokkal küzdő emberekkel, de minthogy feladatuk alapvetően másra irányul, senkinek sem jelzik tapasztalataikat.

Mindezt azért bocsátottuk előre, hogy jelezzük: *az intézményrendszer tevékenysége, s annak minőségi és mennyiségi jellemzői a tbz alakulásának perdöntően fontos tényezői.* Ha az intézmények bármilyen tekintetben „patologikus" tüneteket mutatnak, akkor nem képesek korlátozni a tbz-ben tükröződő „társadalompatológiai" jelenségeket, sőt beavatkozásaikkal olykor egyenesen hozzájárulnak növekedésükhöz.

Javaslatainknak ebben a részében külön-külön tárgyaljuk az egyes számba vehető intézmények továbbfejlesztésének, olykor határozott reformjának lehetőségeit és feltételeit. Majd a részjavaslatok integrálásának eredményeképpen olyan intézményhálózat kialakítását indítványozzuk, amely a meglevők fejlesztésén, céltudatosabb koordinálásán alapul. Ez a hálózat a társadalmi beilleszkedési zavarokat átfogóan és egységesen kezeli; a jelenséget az egyén szintjén, személyes kapcsolatok keretében kívánja befolyásolni; a kritikus személyeket

speciális képzettségű szakembereivel felkeresi. Céljában preventív, fő feladatának az egyén és a társadalom védelmét tekinti, szemléletében társadalom- és szociálpolitikai orientációjú, pszicho- és szocioterápiás jellegű, s a személyes segítségnyújtás változatos formáival él.

## Javaslatok a szocializáló „műhelyek" működését továbbfejlesztő intézkedésekre

### A család

A társadalmi beilleszkedési zavarok korai megelőzésének és korlátozásának legfontosabb intézménye az ép és rendeltetését ellátni képes család. Ha következetesen érvényesíteni akarjuk azt az elvet, hogy a család értékét képviselő, családérdekű társadalom vagyunk, akkor funkcióit minden eszközzel erősítenünk kell a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzésében és elhárításában. Minél több feladatot tud magára vállalni a család, annál inkább csökkenthetők az egyéb állami és társadalmi támogató intézkedések.

A társadalmi beilleszkedési zavarok fiatalkori és felnőttkori megjelenését magyarázó tényezők között döntő szerepet játszanak a rendezetlen családi viszonyok. A zavar fellépését igen sok esetben a családi kapcsolatok válsága előzi meg, illetve váltja ki. Ugyanakkor a családban tanult hibás viselkedési minták ösztönöznek a hasonló nehézségekhez vezető magatartás folytatására. (Mértéktelenül ivó szülők gyermekei közül sokan maguk is mértéktelenül isznak; a bűnözők gyermekei között aránytalanul sokan válnak bűnözőkké stb.) Ezért a családi kapcsolatok zavarainak enyhítése s a család belső erőforrásainak támogatása, fejlesztése a korai megelőzés *kitüntetetten fontos területe.*

A hazai családszociológiai és demográfiai kutatások adatai szerint jelenleg a magyar társadalomban a család mélyreható változásokon megy keresztül, de semmi sem utal arra, hogy a jövőbeni fennmaradását megkérdőjelezhetnénk. A fiatal felnőttek változatlanul igen nagy arányban házasodnak (legfeljebb egy árnyalattal idősebb korra tolódott el a házasságkötés); igen kevesen maradnak hajadonok, illetve nőtlenek. A válási arányszám kétségtelenül aggasztóan magas. A jelenleg kötött házasságoknak várhatóan körülbelül egyharmada végződik a válás bírói kimondásával; ennél nagyobb lehet a válással és a különéléssel végződő házasságok együttes aránya. Az elváltaknak azonban jelentős (de az utolsó tizenegynéhány évben egyre csökkenő) része újraházasodik. Az elváltak között terjedni látszik a házassághoz hasonló, de jogi házasságkötéssel nem formalizált tartós együttélés, amely azonban az esetek egy részében nem jár együttlakással. Az ilyen tartós vagy kevésbé tartós együttélésből azonban viszonylag kevés gyermek születik. (Bár a házasságon kívül született gyermekek aránya enyhén emelkedett az utolsó években.) Ezek a jelenségek azt jelzik, hogy a házasság lényeges átalakulásokon megy át. Az életre szóló monogám párkapcsolat modellje mellett elterjedt az egymást követő több monogám kapcsolat modellje is. Továbbá szükségszerűen nő a csonka (egy szülő és gyermekek) családok száma is. Ez az átalakulás visszafordíthatatlannak látszik, ezért számításba kell venni a társadalom- és családpolitika alakításában.

De más vonatkozásokban is átalakul a család. Így többek között:

– egészen csekély kisebbséggé zsugorodott a négy- és többgyermekes családok aránya; elterjedt a magyar társadalom minden rétegében a kétgyermekes család modellje; a házaspárok egy része különböző okok miatt ettől inkább „lefelé" tér el; csak egy kis rész tér el „fölfelé": három, nagyon ritkán ennél több gyermekre vállalkozik; a harmadik és a további gyermekek száma azonban nem elég az egygyermekes családok és a kevés gyermektelen házasság okozta hiány pótlására, ezért jelenleg a népesség egyszerű reprodukciója nincs biztosítva;

– a család egyre inkább „szimmetrikussá" válik, vagyis a két házasfél feladatai, szerepei egyre kevésbé különülnek el; az apa mellett az anya is részt vesz a kereső munkában, lassan nő az apák részvállalása is a gyermekek gondozásában és a háztartási munkában; a szimmetrikus munkamegosztás irányában való előrehaladás lassúsága miatt azonban jelenleg az anyákra aránytalanul nagyobb teher hárul, mint az apákra (a nők és a férfiak biológiai különbségei következtében a teljesen szimmetrikus feladatmegosztást nem is lehet elérni);

– a házaspárok közötti kapcsolatokban – már a párválasztáskor, majd a házasság egész története folyamán – az érzelmi elemek váltak uralkodókká; ez azzal a következménnyel járt, hogy a házasfelek érzelmi igényei, várakozásai nagyobbak, és ha a partner nem képes, vagy idővel kevésbé képes ezeknek megfelelni, a kapcsolat könnyebben végződhet válással vagy különválással, mintha e viszony létesítésében és fennmaradásában nagyobb szerepet játszottak volna az anyagi szempontok.

Amikor olyan családpolitikát szorgalmazunk, amely segíti a családot a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzésében és orvoslásában is, akkor ezeket a változásokat tényként kell elfogadnunk, és ezek ismeretében kell a családot támogatni, hogy funkcióinak megfelelhessen.

A családpolitika alakításában természetesen nemcsak, sőt nem is elsősorban a társadalmi beilleszkedési zavarok mérséklésének szempontjait kell figyelembe venni, hanem többek között a népesedéspolitikának, a gyermekek egészséges nevelésének, a nemzedékek közötti kultúraátadásnak, a felnőttek harmonikus életkörülményeinek és életmódjának szempontjait is. A társadalmi beilleszkedési zavarok visszaszorításával kapcsolatos törekvések azonban mindennek nem mondanak ellent, inkább egybehangzanak a más szempontok alapján is megfogalmazható célokkal.

1. *Jelenleg nem látszik célszerűnek a házasságkötésekre és a válásokra vonatkozó jogszabályok és joggyakorlat lényeges megváltoztatása.* De *szükségesnek tartjuk* olyan kisebb jogi intézkedések megfontolását, amelyek az arra még reményt nyújtó család együttmaradását kívánják elősegíteni; amelyek az együttélők egymás és gyermekeik iránti felelősségérzetét hivatottak fokozni; amelyek a válás után a gyerekekkel kapcsolatos viták lehetőségét csökkentik; olyan bontási formák előnyben részesítését, amelyek a megegyezést pártolják és nem kedveznek az emberi kapcsolatok végleges megromlásának.

Az Igazságügyi Minisztérium Tudományos és Tájékoztatási Főosztálya kutatási programja alapján soroljuk fel a következő legfontosabb cselekvési, fejlesztési irányokat; békítési idő a bontóperben; a házasságkötés feltételeinek

szélesítése; a házasságkötés korhatárának szabályozása; az egyenlő akaratnyilvánítás valószínűsítése a válóperben; a házastársi jogok és kötelességek szélesítése; a tartási per gondosabb szabályozása; a „nevelt" és a „mostoha" fogalmának tisztázása; apasági perben az anya felelőtlenségének figyelembevétele; a szülői felügyelet szabályozása, a láthatás világosabb megállapítása.

Egyes elgondolások szerint a családi jogviszonyokba mélyen beavatkozó állami gondozásba vételi és megszüntetési ügyek – mint a gyermekelhelyezés speciális esetei – a jelenlegi igazgatási hatáskörből bírósági szintre kívánkoznak.

Néhány javaslatot részletesebben kiemelünk*:

– *Javasoljuk a házasság- (család-) védelmi tanácsadás megszervezését,* amely a Család- és Nővédelmi Tanácsadás erősen formálissá szűkült tevékenységét pótolhatná. A házassági krízisekbe való beavatkozással, a szülők egymás közti viszonyának rendezésével család- és gyermekvédő funkciókat láthatna el, és egyben nagy segítséget nyújthatna az igazságszolgáltatás napi gyakorlatának.

A bíró a bontóperek békítési fázisában élhetne azzal a lehetőséggel, hogy a válás iránti kérelmet beadókat a házasságvédelmi tanácsadáshoz irányítsa, továbbá a válást követő gyermekelhelyezési perekben, a nevelői alkalmasság megítélésében szakértői véleményre támaszkodhatna, különösen ha a tanácsadó a családdal, a gyerekkel már korábban is találkozott.

– *Javasoljuk a családjogi perekben tárgyaló bírák speciális felkészítését.* Ez a tevékenység szociológiai, pszichológiai, gyermekvédelmi ismereteket, békítési-tanácsadási módszereket és tapasztalatokat igényel. Ezek megszerzése lehetséges a felsőoktatás vagy továbbképzés keretében. Megfontolható azonban a családi bíráskodás szervezetének kialakítása is. E kérdés eldöntése a jogi szakemberek illetékességébe tartozik. Az oktatás és a továbbképzés feltételeinek létrehozása enélkül is megoldható.

2. *Minden társadalmi juttatás* és más anyagi támogatás, amely a gyermekes családokat anyagilag segíti, anyagi terheiket csökkenti, előnyösen hat a családok életkörülményeire, s ezáltal szűkíti a gyermekek nevelésében – gondozásában előforduló egyik zavarforrást. Ilyen többek között a családi pótlék, a gyermekgondozási segély, a gyermeket vállaló családoknak adott lakáshoz jutási, építési kölcsön és hasonló kedvezmények, a családos üdülés lehetőségeinek kiszélesítése, kedvezményes ára, az utazási kedvezmények, a kedvezményes árú gyermekétkeztetés.

3. *Külön ki kell emelni a gyermekgondozási segély intézményét,* amely hozzájárulhat számos – a kisgyermekekkel kapcsolatos egészségi és lelki probléma – megelőzéséhez. A segélynek azonban vannak árnyoldalai is, ezért célszerű mérlegelni *a gyermekgondozási segély továbbfejlesztését.* A gyermekek érdekében kívánatosnak látszik, hogy a segély igénybevételének lehetősége anyagi szempontok miatt ne veszítsen vonzóerejéből, összegének emelkedése ne maradjon el az átlagbérek emelkedése mögött.

4. *A gyermekek nevelése* nemcsak anyagi megterhelést jelent a családoknak, hanem *lényeges munkaterhet, időbeli lekötöttséget is.* Az utóbbi nehézségek a

* A tanulmány megírása óta egyes kérdésekben már történtek változások.

családok növekvő részénél súlyosabban esnek latba, mint az anyagi kiadások. *Ezért kívánatos, hogy a szülők ilyen jellegű terheit könnyítő lehetőségeket dolgozzunk ki.* Az óvodai ellátás általánossá tétele, az általános iskolai napközi otthonos és iskolaotthonos ellátás kiterjesztése és főképpen javítása előrelépést jelenthet ebben az irányban. Hasonló lépés lehet a gyermeküdültetés kiterjesztése, a gyermekgondozás egynapos-félnapos átvállalásának szolgáltatásszerű megszervezése, a jelenleg létező kezdeményezések kifejlesztésének támogatása (baby-sitter szolgáltatás).

5. *A kisgyermekes családokra nehezedő munkaterheket lényegesen csökkentené, ha az anyák rövidített munkaidőben* dolgozhatnának. A napi négy- és hatórás munkavállalási lehetőség, továbbá a gyermekgondozásra fordítható külön szabadságnapok növelése mindenképpen kívánatos. Támogatjuk azt az elmúlt években felmerült javaslatot is, hogy a három, esetleg két általános iskolás korú (vagy tíz éven aluli) gyermeket nevelő anyák kapják meg általánosan a hatórás munkaidőben való foglalkoztatás kedvezményét, összekapcsolva azt az így létrejövő keresetkiesésnek társadalmi juttatás szerű kiegyenlítésével. (Más szóval: ezek az anyák naponta hat órát dolgoznának, erre az időre kapnának fizetést a munkahelyükről, de a fennmaradó két órára jutó keresetnek megfelelő összeget az állami költségvetésből, társadalmi juttatásként kapnák meg.)

6. Tekintettel arra, hogy érvényesül egy lassú tendencia a „szimmetrikus" család, az anya és az apa közötti egyenlőbb feladatmegosztás irányában, érdemes ezt elősegíteni olyan módon is, hogy *a gyermekgondozással és -neveléssel kapcsolatos kedvezményeket* (gyes, munkaidő-kedvezmény stb.) *mindkét szülő foglalkoztatása esetén ne csak az anya, hanem a korábbiaknál szélesebb körben az apa is igénybe vehesse.* Ezt fokozatosan kell bevezetni, bár nem látszik valószínűnek, hogy már a közeljövőben nagyon sok apa venné igénybe ezt a lehetőséget. Távlatban azonban ez a szám növekedne, emellett nem elhanyagolható hatása lenne a nemek közötti munkamegosztásra.

7. Mivel számítani kell az „egy szülő – gyermek" típusú családok számának növekedésére, kívánatos továbbfejleszteni a *gyermeküket egyedül nevelő szülőknek adott kedvezményeket.* Gondosan ügyelni kell azonban arra, hogy ezek a kedvezmények ne tartsák vissza az egyedül élő szülőket az esetleges újabb házasságkötéstől.

8. Mivel jelenleg a családon belüli feszültségeknek és a családra nehezedő anyagi terheknek legfontosabb tényezője *a lakáshoz jutás,* minden olyan intézkedés, amely megkönnyíti a fiatal házaspárok, gyermekes családok megfelelő lakáshoz jutását, lényegesen hozzájárul ahhoz, hogy a szülők többet tudjanak törődni a gyermekeikkel, a gyermekek életkörülményei harmonikusabbak legyenek, s a házaspárok közötti feszültségeknek legalább egyik forrása csökkenjen.

A lakásproblémák mérséklése, távlati megszüntetése természetesen a népgazdaság erőforrásainak függvénye. De a családok lakások közötti mobilitásának, a lakáscseréknek, az ingatlan adásvételnek az előmozdítása is lényeges előrelépést jelentene. Mivel a lakásproblémák leginkább a fiatal házaspárokat nyomasztják, megfontolandó, hogy a jelenleginél nagyobb összegű pályakezdési vagy családalapítási kölcsönökkel támogassuk lakáshoz jutásukat.

Az óvoda és az iskola működése során óhatatlanul szembetalálkozik a viselkedési zavarokkal, a *„predeviáns" tünetekkel.* Ez az első intézményes „szűrőrendszer", ahol a beilleszkedési zavar kezdetének jelzései felfoghatók. Észlelésük kényszerítően pedagógiai aktivitást, gyakran „hivatalos" reakciót vált ki. A közoktatás „zavaró" gyerekei elsősorban a veszélyeztetettek, a hátrányos helyzetűek, a túlkorosak, a „nehezen nevelhetők", a tanulási kudarcot vallók, majd egyre inkább a predeviánsok (csavargók, iskolakerülők, tolvajok, kábítószeresek) közül kerülnek ki.

Az iskolába egyrészt *„kívülről"* tör be a probléma: a gyermek antiszociális, rendellenes viselkedése rendszerint tünet, amely jelzi a családi háttér kedvezőtlen történéseit. Másrészt *az iskola* is *magatartászavarok keletkezésének forrása* lehet (pl. az egyoldalúan intellektuális teljesítmény-orientáció, a szorongást keltő kudarc, az antiszociális gyermekek mintaadó hatása stb.). Az iskolai életben akadnak olyan kritikus pontok (pl. iskolakezdési nehézségek, bukás, iskolaváltás, pályaválasztási kudarc stb.), amelyek a felkészületlen gyermek vagy serdülő alkalmazkodóképességét túlságosan megterhelik, és így „veszélyeztetett" állapotba sodorhatják. Az elsőként említett problémakör megoldása a gyermekvédelem feladatkörébe tartozik, a második pedig jórészt – bár nem kizárólag – az iskola pszichológiai kultúrájának, nevelési-oktatási színvonalának a függvénye.

1. *Javasoljuk az iskolai (óvodai) gyermekvédelmi tevékenység megerősítését,* mégpedig mind a belső lehetőségek jobb kihasználásával, mind az iskolával együttműködésre hivatott intézményekhez (nevelési tanácsadókhoz, gyermek-ideggondozókhoz, szociálpolitikai és gyámügyi, illetve igazságügyi szervekhez) fűződő kapcsolatok rendezésével, világos szabályozásával.

A várható tendenciák azt jelzik, hogy a veszélyeztetett, nehezen nevelhető, magatartási zavarokkal küszködő gyerekek száma a jövőben növekedni fog az iskolákban. Az iskola csak abban az esetben tud megbirkózni e helyzettel, ha maximálisan kihasználja belső lehetőségeit, és „kívülről" is megfelelő támogatást kap.

Az iskola egyik fontos *belső tartalékát* – a korábban már említettek mellett – a tanárok szakmai felkészítése jelenti, hogy jobban képesek legyenek egyénileg foglalkozni a problematikus gyerekekkel, de új módszereket kell kidolgozni és alkalmazni a sokszor sajátos összetételű osztályokban folyó nevelési-oktatási munkában is. Feltehetően más és más bánásmódot igényelnek azok az osztályok, ahol különböző arányban találhatók a szociális okokból vagy családi helyzetük miatt veszélyeztetett, illetve anyagilag túlságosan is jól ellátott gyerekek.

Az iskola belső erőit gyarapítja, ha a főiskolai, egyetemi hallgatókat is be tudja kapcsolni munkájába, számukra ez ideális és szinte kötelező társadalmi munka lehetne.

A *„külső segítség"* a tanácsok szociális ügyekkel foglalkozó osztályaitól, a gyámügytől, a nevelési tanácsadóktól, a gyermek-ideggondozóktól és bizonyos igazságügyi szervektől várható. Bár számszerűen nem sok intézményről van

szó, úgy látjuk, hogy ebben a kapcsolathálózatban az iskola jórészt „egyedül" maradt. Gyakorta nem tudja pontosan, hogy milyen típusú problémáival kihez forduljon, kitől milyen jellegű segítséget várhat, és ki hivatott érdemi döntésekre.

Ezért világosan tisztázni kell a partnerek kötelezettségeit, a folyamatos kétoldalú kapcsolatok fenntartásának gyakorlati módját. Egyértelműen ki kell jelölni a végrehajtásért felelős személyeket, meg kell határozni a segítségnyújtás, támogatás formáit, és jogilag is szabályozni kell a viszonyokat. A tanácsi szervekhez fűződő kapcsolat keretében pl. elképzelhető, hogy az iskola – pontosabb valóságismerete miatt és a bürokrácia elkerülése érdekében – nagyobb szerepet kapjon a szociális segélyek kiutalásának kezdeményezésében. Meggondolandó az is, hogy a nevelési tanácsadók rendeléseik egy részét a „terepre" helyezzék ki. Így könnyebben utolérhetik a gyerekeket és szüleiket, különösen azokat, akik önként nem hajlandók elmenni tanácsadásra. Hasznos lenne az is, ha a nevelési tanácsadó rendszeresen „visszajelezné" az iskolának a hozzá került gyerek sorsának alakulását és javaslatait nemcsak a szülőkkel, hanem a „beutaló" tanárokkal is közölné, illetve megbeszélné.

Az iskola munkájának kiemelt fontosságú területe a *gyermekvédelem,* amely jelenleg a tantestület, a gyermekvédelmi felelős, az iskolaorvos, a védőnők tevékenységére épül. Az igazgató és a kijelölt gyermekvédelmi felelős elvileg a szülői munkaközösséggel és a pedagógusokkal karöltve dolgozik. Gyakorlati hatékonyságuk azonban jórészt egyéni elkötelezettségük függvénye. Alkalmazható eszköztáruk szegényes, főként pedagógiai érzékükre támaszkodhatnak, de nem rendelkeznek segélykerettel vagy hatósági-beavatkozási jogkörrel, csak javaslatot tehetnek az illetékes szerveknek. Ennek során nem kevés adminisztráció terheli őket (nyilvántartás, kapcsolatteremtés a testület tagjaival és a társadalmi szervekkel, szülőkkel). Érthető tehát, hogy nehezen birkóznak meg az ismert tendenciával: az iskolák nem kezelni akarják e problematikus gyermekeket és családjukat, hanem mihamarabb szeretnének megszabadulni tőlük.

Ezért a legfőbb általános teendő az átfogó gyermekvédelmi szemlélet kialakítása, elfogadtatása és ébren tartása.

Ennek érdekében:

– Feltétlenül szükség van a gyermekvédelmi funkciót betöltő személyek *munkafeltételeinek* javítására: több órakedvezményre (a gyermekvédelmi felelősnek és az osztályfőnöknek), létszámnövelésre, működési pótlékra. Egyúttal biztosítani kell számukra az említett szakapparátussal való hatékony, folyamatos és rugalmas együttműködést. Tevékenységük csak akkor lehet sikeres, ha támaszkodni tudnak a kiépülő segítő-kooperáló intézményhálózatra.

– A különösen kedvezőtlen helyzetű iskolákban elképzelhető a *gyermekvédelmi megbízott függetlenítése.* (Ez ellen szólnak bizonyos érvek, mondván, hogy ez esetben elszakadna a mindennapi nevelőmunkától és kollégáitól.) Működése a nevelési tanácsadók családgondozóinak mintájára alakulhat (pl. a szülők és az iskola közötti megegyezés alapján vagy anélkül eljár a veszélyeztetett gyermekek érdekében az illetékes hatóságnál stb.). Emellett a gyámhatóságtól is átvehet feladatokat (pl. alkalmazhatja a szülőkkel szemben a felszólítást, a bírság kilátásba helyezését stb.).

– Megfontolandó, hogy azoknak az iskoláknak, amelyekben a veszélyeztetett gyermekek száma túl magas (pl. meghaladja a 25%-ot) *„különlegesen nehéz körülmények között dolgozó iskola"* (nem nyilvános) státusát adjuk. A cigánytelepi, egyes új lakótelepi vagy más szociális hátrányú iskolák bizonyára ebbe a körbe tartoznának. Ezeknek az iskoláknak a gyermekvédelmi munkáját kiemelten s minden eszközzel támogatni kell. Kezdetben csak itt működhetnének függetlenített gyermekvédelmi szakemberek. Megoldható az is, hogy a függetlenített szakember, ha a veszélyeztetett diákok száma a kritikus határ alá esik vissza, átmegy olyan helyre, ahol fokozottabban van rá szükség.

– Az iskolai gyermekvédelem *speciális összetételű csoport* kezébe is adható, amelynek tagjai a következők lehetnek: gyermekvédelmi felelős, iskolapszichológus, logopédus, pszichopedagógus, családgondozó, nevelési igazgatóhelyettes, pályaválasztási felelős, iskolaorvos.

– A gyermek hibás fejlődését már az *óvoda* is észleli, tehát az óvónőket is „érzékennyé" kell tenni a kedvezőtlen tünetek korai felismerésére és kezelésére. Ez elsősorban célirányos képzésükkel és továbbképzésükkel érhető el.

– A hibás nevelés korrekciója érdekében arra kell törekedni, hogy a bármilyen szempontból „problematikus" családok gyermekei minél hamarabb óvodába kerüljenek és azt rendszeresen látogassák.

2. *Javasoljuk az iskolapszichológusi hálózat fokozatos kiépítését.* A sikeres prevenció feltétlenül megköveteli mind az iskola pszichológiai kultúrájának fejlesztését, mind a gyermekvédelmi szempontok átfogó érvényesülését. E kettős feladatra a gyermekvédelmi felelős egyedül nem vállalkozhat. Ezért hosszabb távon célszerű az iskolapszichológus intézményének *fokozatos* elterjesztése. Az iskolapszichológus részt vállal a speciális gyermekvédelmi munkából, együttműködik a családgondozóval, az iskolavezetéssel és a gyermekvédelmi felelőssel, de egyben sikeres tanárként is jelen kell lennie az iskola életében.

Természetesen nemcsak a veszélyeztetett gyermekekkel foglalkozik, hanem a tehetségesekkel is; átfogó teljesítmény- és neveltségszint-vizsgálatokat végez; elemzi az iskolai társas-közösségi viszonyokat, és ezek felderítésével is segíti a pedagógusok munkáját; részt vesz a szülőkkel való kapcsolattartásban. Tevékenységébe beletartozik a problematikus gyermekek vizsgálata és terápiája, a nevelési tanácsadóval és a tervezett családvédelmi állomással fenntartott kapcsolat és szoros együttműködés.

Az iskolapszichológus a tanács alkalmazottja lehet, szakmai felügyeletét a Művelődési Minisztérium látja el.

Posztgraduális képzése értelemszerűen a pedagógiai pszichológia területéhez kapcsolódhat. A „Köznevelés fejlesztését szolgáló kutatások" keretében megindult iskolapszichológusi kísérlet tapasztalataira támaszkodva a szakképzés már az 1984/1985-ös tanévtől kezdve szisztematikusan felkészíthet erre a feladatkörre.

Az ötéves alapképzésnél alacsonyabb végzettségűeket átmeneti megoldásként sem célszerű bevonni ebbe a munkába. Ez a szerepkör devalválódásához és a pszichológus szakma lassan kialakuló presztízsének romlásához vezetne. A *legnagyobb és leginkább rászorult iskolákban a rendszer 10–15 éves távlatban*

*kiépíthető*. A vállalkozó és kezdeményező, kísérletező iskolák azonban rövid időn belül alkalmazhatnak iskolapszichológust.

3. *Javasoljuk a nevelési tanácsadók hálózatának minőségi fejlesztését és irányításuk megjavítását.* Hazánkban jelenleg ez az egyetlen komplex tevékenységet folytató hálózat, amely szervezetileg is széleskörűen megalapozott, és amely gyermekvédelmi, tanácsadási, gyermekpszichológiai, gyógyító és családgondozó tevékenységet is folytat. A hatékonyabb működését zavaró tényezők a következő intézkedésekkel nagymértékben kiküszöbölhetők:

– Ki kell dolgozni a *nevelési tanácsadók működési szabályzatát*, amely előírja a nélkülözhetetlen alaplétszámot, a megfelelő szakmai személyi összetételt, az igényelt képzettséget, a jogköröket, az intézkedési lehetőségeket, a különböző típusú intézményekhez fűződő kapcsolatokat.

– Meg kell oldani a *tanácsadók szakmai irányítását a Nevelési Tanácsadók Módszertani Központjának létrehozásával.* E központot ajánlatos a legkiválóbb fővárosi tanácsadó bázisára telepíteni, és a Művelődési Minisztérium felügyelete alá rendelni. Bár a Nevelési Tanácsadók Országos Munkaközössége már három éve társadalmi munkában dolgozik, tapasztalatcserék és látogatások révén, szakanyag készítésével csak csökkenteni tudta a hálózatban dolgozó pszichológusok szakmai magárahagyottságát.

A Nevelési Tanácsadók Módszertani Központjának feladatai az alábbiak:

– a tanácsadói munka elméleti és metodikai kérdéseinek kidolgozása, a szakmai képzés tematikájának gondozása;

– a tanácsadók szakmai irányítása, szakanyagok kiadása, konzultációs lehetőségek biztosítása, a munkatársak speciális továbbképzése;

– közreműködés a tanácsadói pályára való gyakorlati felkészítésben;

– közreműködés a legnehezebb esetek ellátásában.

4. *A nevelési tanácsadók tevékenységét ki kell terjeszteni a serdülő és ifjúsági korosztályra is* (ifjúsági központ, ifjúsági munkacsoport). A működési statisztikák adatai szerint a tanácsadók vonzásköréből gyakorlatilag kimarad a serdülő és ifjúsági korosztály, ezek ellátása megoldatlan.

Ennek oka többek között az, hogy a 14–18 évesek szüleik vagy tanáraik közvetítésével már nehezen vehetők rá arra, hogy problémáikkal valamelyik intézményhez forduljanak, önként pedig még kevésbé hajlanak erre. Emellett a tanácsadókat túlságosan megterheli a 6–14 évesek gyógyítása; szakembereik sem járatosak kellően a serdülőkori válságok kezelésében.

E korosztály pszichológiai megközelítésére célszerű lenne kiépíteni (a nevelési tanácsadó hálózatán belül) az ifjúsági központok hálózatát (1978-ban már született ilyen javaslat). A jelenlegi helyzet javítása érdekében – főként a városi tanácsadókban – ma már létre lehet hozni ifjúsági munkacsoportokat. E hálózat kiépítése Budapesten megindulhatna a Szakoktatási Nevelési Tanácsadó keretében, vagy egy-egy pszichológuscsoport ifjúsági problémákra történő specializálásával a fővárosi tanácsadókban.

5. *Javasoljuk a gyermek-ideggondozói intézmények fejlesztését.* Ennek érdekében *országos, szervezetileg integrált rendszert* kell kialakítani.

Az országban jelenleg kevés gyermekgyógyászati vagy pszichiátriai intéz-

ményben működik gyermekpszichiátriai részleg vagy osztály. Ezekre az osztályokra 14 éves korig vesznek fel beteget.

A 14–18 éves korosztály ellátása gyakorlatilag megoldatlan; ellátásukat a közelmúltig sem a gyermekgyógyászat, sem a pszichiátria nem vállalta. A legutóbbi időben néhány osztály megszervezésére sor került. Ez a tény kedvező változást jelent, de sajnos ezek az érintett népességnek csak a töredékét foghatják át.

A gondozók szervezeti integrációja nem egységes. A gyakorlat az, hogy a területileg legközelebb eső egészségügyi intézmény alá tartoznak (kórház, körzeti rendelő, pszichiátriai gondozó). Újabban alakultak ifjúságpszichiátriai osztályok is (Szolnok, Szigetvár, Újpest). Ezek azonban csak kezdeti lépések; gondozói hátterük nem kiépített.

– Legelőször is megfelelő *szakembergárdát kell kiképezni.* A hálózat fejlesztését elsősorban az a tény gátolja, hogy a jelenlegi gyermekpszichiátriai rendszernek nincs elég szakembere. Az Egészségügyi Tudományos Tanács nemrég napirendre tűzte a gyermekpszichiáter-képzés felgyorsításának kérdését; ezt a törekvést nagymértékben támogatni kell.

– Tisztázni kell a *nevelési tanácsadók és az ideggondozók viszonyát.* Az ideggondozók sok tekintetben hasonló gyermekpszichológiai gyógyító tevékenységet folytatnak, mint a nevelési tanácsadók, de egymástól függetlenül működnek. A nevelési tanácsadók bevált gyakorlata, hogy a már gyermekpszichiátriai kórképeket mutató vagy a súlyosabb eseteket központi (a főváros vagy az ország egész területéről felvételre kötelezett) gyermek-idegszakrendelésekre küldik. Ez a kapcsolat azonban nem szabályozott, jórészt személyes ismeretségen alapul.

– A szakrendelések ellátási körébe kell vonni a *serdülő korosztályt* is. Az Egészségügyi Minisztériumban jelenleg folyamatban van egy gyermek- és ifjúságpszichiátriai irányelv kidolgozása, amely a 10–18 éves korosztály pszichés problémáinak kórházi ellátását kívánja megoldani. Eszerint az elképzelés szerint minden területi központban 30–50 ágyas önálló gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályt kell létrehozni; ezekhez kapcsolják a gyermek-ideggondozót. A rehabilitáció és a reszocializáció részben a gondozókban, részben szanatóriumokban, illetve (orvosi szakmai irányítás alatt) a művelődésügyhöz tartozó intézményekben történne.

### A 14–18 éves korosztály sajátos kérdései

A 14–18 éves gyerekek nevelési, pszichológiai, kezelési és gondozási szempontú megközelítése korosztályuk életkori sajátosságai miatt egyre súlyosabb nehézségekbe ütközik. A szülői felügyelet és az iskolai ellenőrzés alól igyekeznek kivonni magukat; körükben mindinkább hasonló korú társaik és a jellegzetes fiatalkori szubkultúra befolyása érvényesül. Szocializációjuk jelentős mértékben ezekben a kiscsoportokban zajlik, amelyek eléggé zártak, meghittek ahhoz, hogy a felnőtt, a külső tekintély közvetlen beavatkozásának ellenálljanak.

A tbz szempontjából különösen veszélyes életszakaszról van szó, amikor könnyen megtörténhet, hogy az élethelyzetükből adódó problémáikra a fiatalok

nem találnak segítséget, támogatást, mert egyszerűen nincs kihez fordulniuk. Személyiségüknek ebben az intenzíven alakuló, egyensúlyvesztésre hajlamos állapotában különösen ki vannak téve a tartós beilleszkedési zavarokhoz vezető konfliktusmegoldási lehetőségek szuggesztív, mintaadó hatásának. Könnyen sodródnak antiszociális – vagy legalábbis kedvezőtlen légkörű – csoportokba, végletes viselkedésmódokat produkálnak; kipróbálják a rendezetlen szexuális életet, az alkoholt, a kábítószert, és megkockáztatják az öngyilkossággal való fenyegetőzést. Az intézményes társadalmi-közösségi ellenőrzés alól kikerült fiatalok befolyásolása speciális módszerek kidolgozását és alkalmazását igényli. Mindebben komoly feladat hárul a KISZ-re és más társadalmi-politikai szervek (Népfront, közművelődési és sportszervek) tevékenységére, a fiatalokkal foglalkozók ötleteire.

A fiatalok legveszélyeztetettebb rétege azok közül kerül ki, akik kívülrekednek mindenféle közoktatási, nevelési, gondozási hálózat tevékenységi körén, és családi kapcsolataik is meglazultak vagy elszakadtak. Ezek a tankötelezettségüknek eleget nem tevő túlkorosak, a 14 éves koruk után munkát nem vállaló, tovább nem tanuló, vagy a szak- és középiskolából lemorzsolódó fiatalok (a számuk a fővárosban kb. 20 000); a vidékről a városba vándorolt (gyakran szökött), képzettség nélküli fiatalok; az ingázók; a családjuktól távol: munkásszálláson, kollégiumban, albérletben élők; a szökésben levő állami gondozottak.

1. *A 14–18 éves korosztály társadalmi integrálását szolgáló javaslatok:*

– az általános iskolai tankötelezettséget határozottabban kell érvényesíteni;

– a sokat hiányzó gyerekek ellenőrzését idejekorán kell megszervezni, és lehetőség szerint el kell hárítani azokat az akadályokat, amelyek miatt a gyermek nem jár iskolába;

– az iskolai kötelezettségeit elmulasztó gyermek szüleivel szemben következetesebben kell fellépni;

– körültekintőbben kell mérlegelni a túlkorosak felmentésének megadását (minden esetben a nevelési tanácsadóval konzultálva);

– támogató módon figyelemmel kell kísérni az általános iskolát végzett és tovább nem tanuló gyermekek sorsát, munkába állását. Az általános iskola gyermekvédelmi tevékenysége terjedjen ki erre is (a végzés után legalább 1–2 évig). Ennek érdekében az iskola teremtsen kapcsolatot a családdal, az ifjúsági munkaközvetítővel, a munkahellyel;

– hasznos lehet, ha a „továbbképző iskola" intézményét integráljuk a dolgozók általános iskolájával, mintegy annak „tagozataként" tartjuk számon;

– minden módon szorgalmazni kell a 16 évesek beiratkozását a dolgozók iskolájába;

– meg kell teremteni az intézményes feltételeit annak, hogy az iskolai lemorzsolódás ne csupán egy „leírási" művelet legyen, hanem nyomon lehessen követni a kimaradtak útját és sorsát, szükség esetén kellő támogatást nyújtva nekik;

– megfelelő létszám esetén a dolgozók iskolájában a fiatalok képzését külön „ifjúsági osztály" keretében kívánatos folytatni. Ezt az is indokolja, hogy gyö-

keresen más pedagógiai eljárásokat igényel a tanulást elmulasztott fiatalok hiányainak pótlása és nevelése, mint a felnőttoktatás;

– a fontos munkahelyeken (elsősorban nagyvállalatoknál) „ifjúságvédelmi bizottságok" létrehozását célszerű kezdeményezni; ezek figyelemmel kísérik az ingázók, a szakképzetlenek, a családjuktól távol élők, az állami gondozottak sorsát; a fiatalok beilleszkedését, szakmai és általános képzését;

– megkülönböztetett gondot kell fordítani a fiatalok munkásszállásainak fejlesztésére, közelítve azokat a kollégiumi hagyományokhoz, a társadalmi önkormányzás fejlettebb formáihoz. Ezen belül szükségesnek látszik olyan alkalmi szállások létrehozása is, amelyek társadalmi keretben (s nem hatósági elv alapján) működnek, s támogatást képesek nyújtani a peremre szorult vagy kallódó fiataloknak. Meg kell találni a módját az albérleti lehetőségek szervezettebb kiaknázásának is. Az ifjúsági szövetség alkalmas gazdája lehetne az effajta vállalkozásoknak.

2. *Célszerű kialakítani olyan intézményeket és módszereket,* amelyek *a kritikus helyzetben levő, kallódó-csellengő 14–18 éves fiatalokat* színes programajánlattal (barkácsolás, irodalmi, történeti vita, sportolás, modellezés, öntevékeny csoportok stb.) magukhoz vonzzák, lekötik őket, és biztosítják szabad idejük hasznos felhasználását. Egyúttal keretet és lehetőséget adnak arra is, hogy spontán társas és csoportéletüket kellő szabadsággal folytathassák. Ezt a szerepet elsősorban a művelődési házak, az ifjúsági centrumok, az ifjúsági klubok, a sportegyesületek vállalhatják magukra. Ennek érdekében folyamatosan és módszeresen elemezni kell a felhalmozódott pozitív és negatív tapasztalatokat.

A művelődési házak ifjúsági klubja, az iskolától függetlenül működve, alkalmazhat népművelőt, pedagógust, pszichológust, sportszervezőt és egyéb szakembert; szoros kapcsolatot tarthat fenn a nevelési tanácsadó illetékes szakembereivel, és bevonhatja őket a szociálisan vagy lelkileg sérült fiatalok befolyásolását célzó munkaformákba. Ennek keretében:

– meg lehet valósítani az olyan anonim „felnőttes" pszichológiai és életvezetési (családi válságok, személyes problémák esetén) tanácsadást, amelyet a serdülők saját kezdeményezésükre vehetnek igénybe;

– szervezni lehet önismereti, személyiségfejlesztő foglalkozásokat (pl. pszichodrámát alkalmazó, sikeres kísérlet folyik Tatabányán);

– támogatni kell az olyan „klubok" spontán szerveződését, ahol a sport, a játék, a szabadidő-felhasználás, a terápia, az önképzés egységben folyik;

– a játszótereken és a forgalmasabb pontokon, kirándulóhelyeken sajátos, a korosztály igényeihez szabott foglalkozások szervezhetők: ifjúsági környezetvédő őrjáratok, hétvégi kirándulások, sportversenyek;

– ezt a „terepmunkát" a deviáns megnyilvánulásokkal különösen fertőzött városnegyedekre, kerületekre, terekre, szórakozóhelyekre, vasútállomásokra, aluljárókra, metróállomásokra kell összpontosítani, mert csak ekkor lehet hatékony az antiszociális viselkedés megelőzésében és korrigálásában.

3. *Feltétlenül szükséges a fiatal kábítószer-fogyasztók kezelésének intézményes megszervezése.* Az euforizáló szerekkel, a kábítószert helyettesítő anyagokkal visszaélő, az alkoholt és gyógyszert együtt fogyasztó, a szerves oldóanyagok gőzét inhaláló (szipózó) fiatalok száma – az egyszeri próbálkozóké, de a már

dependenseké is – nagymértékben megszaporodott. Természetszerűleg az ezzel kapcsolatos bűncselekmények (a szer megszerzéséért, a szer hatása alatt elkövetett és a hatása miatt cselekvőképtelen személy ellen irányuló bűncselekmények) gyakorisága is követte ezt a tendenciát. Igazságügyi és egészségügyi szerveink mindeddig nem készültek fel a kábítószer-problémák kezelésére, ezért a következő feladatok várnak megoldásra:

– Meg kell szervezni a *felderítést,* főleg az egészségügyi szakszolgálat, a védőnők, az iskolai gyermekvédelmi felelősök, a közvetlen környezet és a bűnüldöző apparátus bevonásával. A szülőket és a nevelőket meg kell győzni, hogy ne leplezzék gyermekeiket és tanulóikat. A hivatásos pártfogók segítségét kell kérni, hogy a gyógyításból kilépőket nyomon kövessék.

– Ki kell dolgozni az ellene ható *propaganda* módszereit. Ismertetni kell egészségkárosító hatását, továbbá azt a folyamatot, amely az egyszeri kipróbálás kalandjától a függőség állapotáig lezajlik.

– Nagy figyelmet kell fordítani a *felvilágosító munkára,* amely a szülőket, a nevelőket, a kezelést elhárító fiatalokat megismerteti a „kábítószer" lényegével, szedésének következményeivel, a tünetek felismerésével és a segítés lehetőségeivel.

– Biztosítani kell a függőségi állapotba került fiatalok gondozását-utógondozását, ambuláns kezelését, fel kell készíteni a környezetet, a munkahelyeket be- és visszailleszkedésük elősegítésére.

– Hasznosnak ígérkezik, hogy a – külföldi példáknál ismertetett – *lengyelországi ún. Monar-rendszer* megfelelőjét hazánkban is kipróbáljuk. A hálózat intézményei magukra hagyott, leromlóban levő vidéki kastélyokban rendezkedtek be (ilyenek nálunk is bőven akadnak); ezekben a fiatalok szoros munkafeltételek és szocioterápiás keretek között élnek.

– Meg kell teremteni a *tartós kórházi kezelés* feltételeit, amelynek ki kell terjednie a méregtelenítés, az elvonás feladataira, és a további rehabilitáció érdekében szorosan kell kapcsolódnia elsősorban már nem egészségügyi jellegű (medico-pedagógiai) intézményekhez.

– Szükséges felülvizsgálni a jelenlegi jogszabályhelyzetet is, amely nem ad lehetőséget a visszaélők *kötelező* kezelésére.

– Indokolt, hogy a megelőzés szempontjából a kábítószert helyettesítő anyagokkal való visszaélést önálló visszaélésformának tekintsük.

– A felderítés és a gondozás nem telepíthető a felnőtt alkoholgondozókra; a fiatalok életkori sajátosságaik miatt más típusú eljárást igényelnek. Az Egészségügyi Minisztérium keretén belül olyan intézményrendszert kell kialakítani, amely a fenti tényeket figyelembe veszi.

– Létre kell hozni egy – a problémát módszertani, kutatási és intézkedési szinten kezelő – *központi szervet* (pl. az Alkoholellenes Állami Bizottság munkacsoportjaként vagy valamely gyógyintézet részlegeként).

A gazdálkodó szervek, a termelőüzemek anyagilag is messzemenően érdekeltek abban, hogy dolgozóik megfelelő munkahelyi légkörben, kiegyensúlyozottan végezzék feladataikat. A szociális gondoskodás, a szociálpolitikai tevékenység (az egészségügyi ellátás, a jogsegélyezés, a támogatásra szánt összegek felosztása stb.) ma nagyrészt a szakszervezet funkciója.

A munkahelyi közösség azonban mind gyakrabban kénytelen olyan emberi problémákkal is szembenézni, mint a családi tragédiák, az egyéni válság, a válás, az alkoholizálás, az idegösszeroppanás, a munkahelyi konfliktus, a csökkent munkaképesség, a börtönviseltség, az állami gondozottság. Ezek halmozódása egyaránt hatással van a termelésre és a munkahelyi légkörre, megoldásuk azonban humanitárius okokból is sürgető. Ezért minden módon tudatosítani kell a vezetőkben és a dolgozókban, hogy az egészség fogalmába a lelki egészség is beletartozik; ennek védelmét is szem előtt kell tartani.

*Ebben a megelőző tevékenységben a munkahelynek kiemelt szerep jut:* a problémák jelentős része itt keletkezik, itt csapódik le, és az emberek is itt érhetők utol.

1. Kívánatos, hogy a *munkahelyi vezetés* ismerkedjék meg a tbz általános problematikájával, és átgondoltan vonja be a társadalmi szervezeteket, mozgalmakat (párt-, szakszervezet, KISZ, szocialista brigádok) azok helyi kezelésébe, az érintett egyének közösségi támogatásába, és igyekezzék kialakítani a megfelelő szervezeti formákat.

2. Meg kell találni azt az anyagi és erkölcsi *érdekeltségi rendszert,* amely a kisebb munkahelyi kollektívákat arra ösztönzi, hogy ebben a tevékenységben (főként a veszélyeztetett fiatalok pártfogásában, a börtönviseltek és alkoholisták reszocializálásában) részt vegyenek. A deviánsokkal közvetlenül együtt dolgozók támogató magatartása fontos feltétele a „gyógyulásnak".

3. A költségvetési szerveknél is indokolt a tbz megelőzését célzó alap biztosítása. Ennek az összegnek közelíteni kell a vállalatoknál ilyen célra létesíthető alapok összegéhez.

4. Javasoljuk az üzemegészségügyi szolgálatra épülő *munkahelyi lelki segély- és tanácsadó szolgálat* – legalábbis kísérleti – kialakítását. Az üzemorvos, aki alapvető szerepet játszik az egyes zavarok (neurózis, alkoholizmus) korai jelzésében és kezdeti kezelésében, kapjon olyan képzést, amely képessé teszi a felismerő, támogató, tanácsadó tevékenységre. Ezért munkájában a szociális medicina szemléletének érvényesülését kell szorgalmazni.

5. A munkahely lehetőséget teremthet alkalmi vagy rendszeres speciális (pl. nevelési, válási, házassági, szexuális) tanácsadási formák megszervezésére is. A jelenlegi jogsegélyszolgálat tulajdonképpen válási és házassági tanácsadásra nem jogosult. Itt jogszabályváltoztatásra lenne szükség.

6. Javasoljuk a szakszervezetek felsőbb vezetésének, hogy ajánlja az egyes szakszervezeteknek azt a megoldást, amely szerint *szerződéseket köthetnek* lelki támogatást, tanácsadást végző munkaközösségekkel, magánvállalkozásokkal. Így abban az esetben is képesek lennének ilyen jellegű szolgáltatást nyújtani

tagjaiknak, ha állandó foglalkoztatásra nem tudnak pszichológust vagy más szakembert alkalmazni.

7. Ahol erre mód nyílik, a *munkapszichológusokat is* célszerű bevonni a megelőző munkába, hiszen gyakran végeznek személyiség- és alkalmassági vizsgálatot, ennek során kiszűrhetik a pszichés zavarokkal küzdő, az alkalmi válságban levő vagy tartós személyiségzavarokkal jellemezhető embereket.

8. Eredményes lehet olyan alkalmi *munkahelyi mentális egészségügyi felvilágosító programok* lebonyolítása, amelyek az alkoholizmus, a neurózis, a személyes konfliktusok megelőzésével, rehabilitációjával foglalkoznak.

9. Lehetőség van a *szakszervezeti üdülők* idényen kívüli pszichoterápiás kihasználására is. Legalábbis kísérletképpen megoldható ezekben a külföldön elterjedt és hasznosnak bizonyult ún. institúcionális csoportterápia, amely a különösen feszült munkahelyi légkör szocio- és pszichotechnikai oldását célozza.

10. Kívánatos, hogy a *vezetők képzésük során* minden szinten jussanak olyan ismeretekhez, amelyek az emberi kapcsolatok megértését és alakítását, a konfliktusok kezelésének készségeit segítik elő.

**A hadsereg**

A fiatal férfi számára a katonai szolgálat az életvitel előre tervezhető periódusa, amelyre fel lehet készülni, de amely szükségszerűen alkalmazkodásra kényszeríti az egyént. A fiatal távol kerül családjától, a közvetlen érzelmi támogatást nyújtó környezettől (sokan már nősek, családosok, amikor bevonulnak), kiszakad megszokott életkörülményeiből, szakmai életútja átmenetileg megszakad, olykor tanulmányait is megszakítja. Mások számára pedig éppen a korábban hiányzó baráti-bajtársi közösséget, a szakmaszerzés lehetőségét biztosítja. Az új helyzetben tehát mindenképpen új feladatokkal találkozik a fiatal, amelyeket szüntelenül csoportos és nyilvános élethelyzetben kell megoldania, a „magánszférája" beszűkül. Szigorú szolgálati szabályzattal, merev alá- és fölérendeltségi viszonyokkal, megkövetelt fegyelemmel, „kemény tartást" igénylő kiképzőkkel, tisztekkel, parancsrendszerrel irányított életformával kell megbirkóznia.

Bizonyos fegyvernemeknél magas szintű technikai ismeretekre (amely eltérhet eredeti érdeklődésétől, szakmájától) kell szert tennie, miközben a gyakori életritmusváltások, gyakorlatok, riadók, őrszolgálatok is igen komoly fizikai és szellemi megterhelést jelentenek. A helyzet jogilag is sajátos, mivel a katonai büntetőjog ismer olyan bűncselekményeket, amelyek a civil életben nem fordulhatnak elő (pl. szökés), másokat súlyosabban ítélnek meg (pl. az italozásból adódó késést; a szolgálati munkahely engedély nélküli elhagyását; a tiltott határátlépés kísérletét pedig hazaárulásnak tekintheti), illetve egyes magatartásformákat katonai körülmények között büntetendőnek minősít (pl. adott esetben az öngyilkosság kísérletét a szolgálat alóli kibúvásként kezeli).

A sorállományban alkalmazkodás szempontjából kritikus személyeknek tekinthetők az alábbiak:

– már a bevonulás előtt deviáns magatartásformákat mutatók (pl. öngyilkosságot megkíséreltek; büntetett előéletűek);

– szabályos életvezetésűek közül az esetleg érzelmileg „túlvédő" környezetben felnövők, akiknek reakciója a fokozott alkalmazkodási kényszerhelyzetben szélsőséges formákat is ölthet (pl. intenzív alkoholizálást, öngyilkosság kísérletét, neurotikus jellegű idegösszeroppanást).

Mindezt szem előtt tartva, a sorkatonák érdekében szükségesnek ítéljük az alábbi javaslatok megvalósítását.

1. Indokoltnak látszik a *szűrés* továbbfejlesztése a sorozás során, hogy pontosabban értékelhető legyen a katonai alkalmasság szempontjából a pszichés terhelhetőség, jelezhetők legyenek a veszélyeztetettek, akik megfelelő foglalkozást igényelnek.

2. Javasoljuk az „utószűrés" módszerének fejlesztését, amely a szolgálat során alkalmatlanná válók felkutatását segíti elő. Így időben elkezdhető kezelésük, és környezetük sem szenved hátrányt zavaró jelenlétüktől.

3. Javasoljuk, hogy a várható és előre kiszámítható nehézségek kezelése érdekében a katonai szolgálat idején távlatilag legyen életviteli pszichológiai, pszichiátriai tanácsadás és felügyelet.

4. Javasoljuk a katonai mentálhigiéniai szolgálat fejlesztését.

5. Javasoljuk, hogy az alakulatok vezetése (parancsnok, politikai helyettes, egészségügyi szolgálat főnöke) nagyobb figyelemmel foglalkozzék a bevonultak személyes kérdéseivel, beilleszkedési nehézségeivel, így könnyebben (pl. egyszerű áthelyezéssel, pár napos szabadsággal stb.) megelőzhetik súlyosabb zavarok kialakulását.

6. A magasabb vezetés közbelépésével továbbra is törekedni kell arra, hogy az öreg katonáknak, illetve tiszteseknek az újoncokkal szemben tanúsított olykor túl kemény magatartása kedvezően változzék.

## Javaslat családgondozó állomások hálózatának kialakítására

Az alábbi elgondolásnak minden tekintetben *középponti jelentőséget* tulajdonítunk: a családgondozó állomások eszméje kiemelkedő szerepet játszik gondolatmenetünkben. Javaslataink körében tulajdonképpen ez az egyetlen, valóban *jelentős új intézménytípus,* jóllehet egyes elemei a jelenlegi rendszerben is meglelhetők (tanácsi szociálpolitikai, gyermekvédelmi, gondozói szervek). A regionális elv szerint *fokozatosan létrehozandó* állomásoknak, amelyek az állami igazgatás keretében helyezkednek el, két általános jellegű funkciót kell teljesíteniük. Egyrészt saját szakembercsoportjukkal maguknak is el kell látniuk területükön közvetlen – éspedig szélesen értelmezett – családgondozási-szociálpolitikai, mentális egészségügyi feladatokat, és meg kell szervezniük a mindehhez szükséges nyilvántartást. Másrészt el kell látniuk illetékességi területükön az egyéb – önállóan működő – állami és társadalmi hálózatok (nevelési tanácsadók, humánszolgáltatási vállalkozások és intézmények, gyermekvédelmi tevékenység, társadalmi önsegélyformák és -testületek, klubok) szervezőjének, koordinálójának és szakmai felügyeletének szerepét. Alább részletesen konkretizáljuk e működési elveket.

Az elmondottaknak megfelelően szükségesnek tartjuk, hogy *15–20 éves táv-*

*latban* kialakítsunk egy családcentrikus, alapellátás jellegű, humánszolgáltatásokat biztosító családgondozói és mentális egészségügyi hálózatot. E hálózat részben közvetlen szakmai tevékenységével, részben pedig területi koordináló és ellenőrző-felügyelő funkcióival – országos méretekben képes lesz ellátni a különböző deviáns viselkedésformák megelőzésének feladatát. *E szervezet alapegységének, bázisintézményének a területi elv alapján szerveződő családgondozó állomások hálózatát ajánljuk.*

Az előbbi fejezetben számba vett intézmények megelőzési stratégiájukat arra a feltevésre alapozzák, hogy az egyénnek és közvetlen környezetének sokoldalú támogatása a szocializációs folyamatnak abban a szakaszában kecsegtet sikerrel, amely megelőzi valamely sajátos deviáns állapot tartós rögzülését.

Ekkor még szociális segéllyel, pedagógiai-pszichológiai támogatással, családgondozási eljárásokkal, tanácsadással, tehát viszonylag egyszerű módon korrigálható az életvitel veszélyes sodródása. Kiaknázható és megerősíthető a közvetlen környezet támogató ereje, amelynek igénybevétele a szétesett és ellenségeskedő család, a kórházban levő „beteg", a zárt nevelőintézetben levő fiatal, vagy a börtönbüntetését töltő esetében már rendkívüli nehézséget okoz.

Az alapellátás szempontjából végzett elemzések egybehangzóan megállapították, hogy az intézmények azért nem felelnek meg a jelzett igényeknek, törekvéseknek, mert elégtelenül működik a *megelőző családgondozás* apparátusa.

Jelenleg számos – egymástól független – hálózat működik, amelyek közvetve és közvetlenül családgondozási feladatot is ellátnak. Ezek közül az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozik az anya- és csecsemővédelem (védőnők), a magányos és családjukban ellátatlan öregek, ideg- és elmebetegek, az alkoholisták gondozása. A Művelődési Minisztérium irányítja a nevelési tanácsadók mellett működő kisszámú családgondozót, a gyermek- és ifjúságvédő intézetek hivatásos pártfogóit, a gyámhatóságokat, a nevelőszülői felügyeletet és a nevelőotthoni gondozókat.

Ezek ma egymástól független, területileg koordinálatlan hálózatok; kialakultságuk és fejlettségük is különböző színvonalú. Tevékenységük olykor átfedi egymást, máskor viszont a rendelkezésükre álló információkat sem cserélik ki.

Sajátosságuk, hogy munkájuk (kivéve a védőnőkét) elsősorban a többszörösen hátrányos helyzetű, vagy egyéb ok miatt krízisállapotban levő családokra irányul; igen gyakran a cigány- és a lumpencsaládok életvitelének rendezésével foglalkoznak.

A helyzet megoldásának kívánatos módja egy tartalmilag sokrétűbb és szervezetileg is jól funkcionáló egységes gondozóhálózat létrehozása.

Ez a *tartalmi gazdagodás* a javasolt családgondozó állomások tevékenységének alábbi jellemzőiben fejeződik ki:

– Az egyént környezetével egységben kezeli, vagyis nemcsak a gyermeket s az arra rászoruló szüleit, hanem veszélyeztető vagy veszélyeztetett családját is gondozza.

– A gondozás nem egyszeri beavatkozás a család életvitelébe (pl. segéllyel, „kijárással" stb.), hanem folyamatos és egységes egészségügyi-pszichológiai-szociális támogatás, amelyet erre a feladatra kiképzett szakemberek végeznek.

– E keretben a családgondozás valamennyi formája egységes rendszerben al-

kalmazható. Az állomás saját feladatkörében ellátja és integrálja mindazt a gondozói tevékenységet, amelyeket eddig más hálózatok láttak el, vagy amelyeknek nem volt gazdájuk. Így átveheti a gyermek- és ifjúságvédelem körébe tartozó pártfogói felügyeletet, az utógondozást (eddig ezt a Gyermek- és Ifjúságvédő Intézetek végezték), a nevelési tanácsadók családgondozását, az öregek házi szociális gondozását, a nem orvosi jellegű alkohológiai és ideggondozói ellátást. Ezen túlmenően olyan funkciókat is elláthat, amelyek napjainkban csak igényként élnek: pl. neurotikusak gondozása, gyógyult alkoholisták és kábítószer-fogyasztók utógondozása, börtönben lévők családjának figyelemmel kísérése.

– A gondozószervezet mindenki számára hozzáférhető, azonnali vagy folyamatos segélynyújtásra is alkalmas. Tevékenységének központjában a család áll, de figyelme kiterjed a családi keretek között el nem érhető emberekre is.

– Mindezek révén a párhuzamos vagy az egymásnak ellentmondó beavatkozás elkerülhető, mivel így egy kézbe kerülhet e súlyos társadalmi kérdéskör területi kezelése.

– Létrejön az adott területen működő egyéb érintett szervek és vállalkozások tevékenységét integráló, szakmailag ellenőrző és az összes szükséges információt együtt kezelő helyi központ.

Mindezt összegezve, az állomásoknak az *alapellátásban betöltött szerepét* így foglalhatjuk össze:

*a)* a humánszolgáltatások széles köre közvetlenül integrálódik feladatkörükbe, tehát tervszerűen meg kell szervezniük saját szolgáltató egységeiket, amelyek elsősorban a gondozottak, de általában a lakosság rendelkezésére is állnak;

*b)* a tanács szociális osztályával együttműködve, intézményes lehetőségük van a különböző forrású (művelődési ház, nevelési tanácsadó, munkahely, magánvállalkozás, gazdasági munkaközösség, önkéntes, karitatív stb.) és típusú (egyesület, szövetség, klub, önsegélyezés stb.) humánszolgáltatások szakmai felügyeletére és szervezeti összefogására. (A mentális egészségügyi funkciót ellátó humánszolgáltatási formákat alább részletesen leírjuk.)

Mindezek során szem előtt kell tartani, hogy:

– a családgondozás „terep" munka, amely önmagában nem képzelhető el; kiegészítéseként rendszerint szükség van ún. intézeti tevékenységre (tanácsadásra, esetleg terápiára) is, vagyis az állomásnak eleve rendelkeznie kell a változatos humánszolgáltatások biztosításának lehetőségeivel;

– a családgondozó, bár speciálisan felkészült szakember, óhatatlanul szembekerül olyan életvezetési problémákkal, amelyek kezelésében nem illetékes, vagyis tevékenysége csak olyan csoportmunka keretében képzelhető el, amelyben az érintett szakemberekkel (pszichiáter, pszichológus, orvos stb.) együttműködik, de kapcsolatban kell lennie a gyógyító intézményekkel is, hiszen elkerülhetetlenül találkozik egészségügyi ellátásra szorulókkal;

– a családgondozás természetszerűleg inkább a súlyos válságban levő családokkal foglalkozik, de az ún. átlagos családok életében is keletkeznek olyan problémák, amelyek kezelése értelemszerűen beépülhet az állomáson már működő mentális és szociális támogatási formák körébe;

– a családgondozó nem mindig találkozik együttműködésre hajlandó család-

dal (pl. antiszociális fiatalok esetében); gyakran nincs is család, csak gondozásra szoruló személy (pl. magányos felnőtt), ilyen helyzetben speciális beavatkozási, kezelési módszerekre van szükség, amelyek alkalmazása ugyancsak az állomás feladata. (Célszerű lenne pl. egy családtag letartóztatásakor minden esetben a családgondozás szükségességét mérlegelni.).

A családgondozó állomások hálózatának *szervezeti keretére* vonatkozóan az alábbi megoldások képzelhetők el:

– A célnak megfelelő legegyszerűbb megoldás a *jelenlegi családgondozói rendszerek önálló fejlesztése* (személyi feltételeik javítása, módszertanuk kidolgozása stb.) és tevékenységük folyamatos és intézményes helyi *koordinálása.*

– Egy szociálpolitikai főhatóság és a területi tanácsi szerv köré szervezett önálló *intézményes egységként működik,* és bázisintézményként ellátja a mentális egészségügyi szolgáltatások területi szervezőjének és felügyelőjének szerepét is. Létrehozható előzményektől független, új intézményként, de létrehozható már működő, hasonló feladatkört ellátó szervezetek összevonásával és kiegészítésével is.

Javaslatunk az utóbb említett változat mellett foglal állást. A családgondozó állomások hálózatának fokozatos kiépítését csak folyamatos, tudatos modellkísérletek eredményeinek elemzése alapján tartjuk célravezetőnek. E kísérleteket különböző régiókban s a tbz által leginkább érintett területeken kívánatos kifejleszteni.

A családgondozó állomás nem hatósági eszközökkel tevékenykedik, hanem a hatósági intézkedéseket megelőzve, egyes esetekben pedig azokat követve jár el. Helyi szervként működik, egy város, egy kerület s egy (vagy néhány) község tbz-vel küzdő családjait (személyeit) gondozza. A rendelkezésre álló nemzetközi tapasztalatok alapján meg kell jegyeznünk, hogy az 50 000-es populáció az a felső határ, amelyet egy humánszolgáltató apparátus egysége hatékonyan, átfogóan el tud látni.

A családgondozó állomások *hálózatának fő feladatát* tömören így fogalmazhatjuk meg: a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem *nem hatósági* eszközökkel.

Az állomás államigazgatási szempontból a tanácson kialakítandó szakigazgatási szervhez, a szociális osztályhoz kapcsolódik, annak felügyelete alá tartozik, bár önálló intézmény. *Munkamegosztásuk lényege az, hogy a hatósági feladatokat a tanács, a gondozóit pedig az állomás látja el saját jogkörében.*

Ez a munkamegosztás nem zárja ki, hogy a családgondozó állomás munkatársa átruházott hatáskörben ne gyakorolhasson államigazgatási-hatósági funkciókat. Így pl. a gyermek- és ifjúságvédelem körébe tartozó védő-óvó intézkedések egyes eljárásait (pl. rendkívüli segély, nevelési tanácsadóba küldés, eljárás az iskolában, a szülő munkahelyén stb.) maga is foganatosíthatja, továbbá az idősek esetében is rendelkezhet a szociális segéllyel.

Tanácsi felügyelet alatt megszervezhető az a jelenleg hiányzó, *egységes területi információszolgáltatás is,* amely a gondozott családok adatainak és a velük kapcsolatos intézkedéseknek a nyilvántartásán alapszik. Ez a nyilvántartási rendszer a hálózat működésének alapvető feltétele, mert csak erre támaszkodva oldható meg a tanács szociális osztálya és a családgondozó állomás tevékeny-

ségének racionalizálása, az együttműködés a partnerintézményekkel, a határozatok végrehajtásának gyorsítása.

A nyilvántartás formai megoldása valószínűleg nem igényel még kisebb számítógépet sem, lévén, hogy ennek nap mint nap használt, egyszerűen kezelhető munkaokmányként (kartoték) kell megjelennie. Alapvető jelentőségét a párhuzamos eljárások kiküszöbölésében, a hatékonyabb, megalapozottabb ügyintézésben jelölhetjük meg.

A családgondozás kiépítésével párhuzamosan feltétlenül ki kell dolgozni a család és az egyén jogi védelmét és a személyre vonatkozó, nyilvántartható információk titkosságát garantáló jogszabályokat is.

A családgondozó állomás államigazgatási-jogi viszonyainak leírásával, szervezeti működésével, a tervezett mentális egészségügyi rendszerben betöltött szerepének kifejtésével a későbbiek során részletesen foglalkozunk.

## Javaslatok a mentális egészségügyi alapellátás intézményeire

### Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ létrehozása

A javaslatainkból kibontakozó társadalmi mentális egészségügyi program tudományos színvonalának biztosítása érdekében elengedhetetlenül szükség van módszertani központra. Az Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ feladatkörébe a következők tartoznának:

- a területen működő intézetek, intézmények szakmai felügyelete és irányítása (családgondozó állomások);
- az érintett határterületek (egészségügy, igazságügy, nevelés- és művelődésügy) együttműködésének szervezése;
- a mentális egészségügy egységes koncepciójának kidolgozása és érvényesítése;
- a különböző témakörök elméleti és módszertani kérdéseinek tisztázása;
- hiánypótló kutatások kezdeményezése, anyagi támogatása, bonyolítása, az eredmények átültetése a gyakorlatba (publikációk, módszertani levelek stb.);
- oktatási anyagok, tantervek kimunkálása;
- részvétel a szakmai alap- és továbbképzésben;
- a mentális egészségnevelés propagandájának kidolgozása és végrehajtása;
- a mentális egészségügy területén lebonyolított modellkísérletek ellenőrzése.

Az intézet szervezetileg lehet teljesen új létesítmény, de – a megfelelő fejlődés és átalakítás után – épülhet a hasonló feladatokat ellátó, ma is funkcionáló intézményre, pl. az Országos Egészségnevelési Intézetre. E szerepet esetleg elláthatja az Alkohológiai Tudományos és Módszertani Központ is. Határozottan úgy véljük, hogy a teljesen új intézmény létrehozása lenne a legjobb megoldás.

**Életviteli, lelki tanácsadás, támogatás**

Célszerű olyan változatos szolgáltatási formákat szervezni, amelyek a beteggé minősítés veszélye, annak káros következményei nélkül tanácsot, segítséget nyújtanak az élet kisebb-nagyobb válsághelyzeteiben (családi konfliktus, betegség, válás, nevelési problémák stb.). Olyan szervezeti keretekre van szükség, amelyek nem csupán a legsúlyosabb esetekre vannak berendezkedve, s garantálni tudják a szükséges személyes légkört és a diszkréciót. E tevékenység szervező központja a családgondozó állomás lehet.

Hasznosnak ígérkezik speciális tanácsadások szervezése: serdülők számára, házaspárok, családok és szülők részére, alkoholfogyasztási, kábítószer-függőségi, szexuális problémákkal küszködőknek, krízisben levőknek. Bátorítani kell az életvezetési (pályaválasztási, párválasztási, házassági, válási) tanácsadás legkülönbözőbb formáit (beleértve a munkahelyit, az újságok megfelelő rovatait). A támogató tevékenység során csoportos és klubmódszerek is alkalmazhatók (pl. a személyiségfejlesztést, az önismeret javítását célzó csoportfoglalkozások).

Javasoljuk, hogy a Művelődéskutató Intézettel együttműködve készüljön mérleg a közművelődés és általában az ismeretterjesztés (TIT) mentális egészségügyi tevékenységéről, a megfelelő programjavaslatok kifejlesztéséről.

Egyes humánszolgáltatások anyagi fedezetét az állami-tanácsi szervek, az érintett munkahelyek és tömegszervezetek biztosíthatják, de elvárható – elsősorban az önként jelentkezők esetében – az igénybe vevők anyagi hozzájárulása is. A tanácsadások, terápiák költségeit a leggazdagabb országokban sem terhelik a társadalombiztosításra. Méltányos és ellenőrizhető térítési díjak esetében fedezni lehet a szakemberek honoráriumát és az egyéb fenntartási költségeket is. Ez a forma az állam részére is rentábilissá tehető. A „megfizetett" szolgáltatásnak nagyobb értéke van a lakosság körében; ez mozgósítja a szolgáltatók érdekeltségét is.

Életveszélyben, krízisben levők, hátrányos szociális helyzetűek esetében nyilvánvalóan nem jöhet számításba térítési díj.

**Lelki elsősegély telefonszolgálat**

E szolgáltatás fejlesztését a rendelkezésre álló (Budapest, Pécs stb.) kedvező tapasztalatok feltétlenül indokolják. Eredményessége fokozásához az alábbiakra van szükség:

– növelni kell a szolgálat hozzáférhetőségét, s ezért szaporítani kell az egyidejűleg hívható vonalak számát;

– a vonzáskörzet és a várható terhelés mértékétől függően fokozatosan ki kell terjeszteni a szolgáltatást az ország minden részére, elsősorban a veszélyeztetett területekre (Csongrád, Békés, Bács-Kiskun megyére);

– erősíteni kell a szolgálat szerepét ismertető propagandatevékenységet; e célra igénybe kell venni a tömegtájékoztatási eszközöket; a különösen érintett és a jól elérhetőnek látszó társadalmi csoportok figyelmét egyéb módszerekkel is fel kell kelteni (pl. szórólapok elhelyezése egyetemeken, hivatalokban); a telefonkönyvben feltűnő helyen kell szerepeltetni a hívószámokat; a lelki első-

segélyhívás céljából – a megfelelő feltételek létrehozása után – a kórházak és az idegszakrendelések telefonszámát is meg kell adni; lehetségesnek tartjuk azt is, hogy a Kójál helyiségeiben és telefonszámainak felhasználásával (esetleg az esti órákban) ugyancsak kiépüljenek ezek a szolgálatok;

– tágítani kell a szolgáltatást végzők cselekvési terét, vagyis meg kell teremteni a feltétlenül szükségesnek tartott beavatkozások lehetőségét; a hívóállomás helyének azonosítása esetenként döntő lehet az életmentés szempontjából;

– a telefonszolgálatot be kell kapcsolni a megelőzés szervezetrendszerének egészébe, így mód nyílhat a közvetlen feszültséglevezetésen túlmenő gondozás megkezdésére is;

– egyes nézetek szerint szorgalmazni kell önkéntesek, laikusok részvételét a szolgálat munkájában; ezzel szemben vannak, akik megalapozottan ellenzik ezt a „nyitást" s a szakmai intézményes jellegben látják a hatékonyság zálogát; e kérdést kísérleti-tapasztalati eredmények alapján célszerű újólag megvizsgálni;

– támogatni kell – anyagilag is – a különféle önkéntes – egyházi és más szervezésű – telefonszolgálatok létrehozását; ki kell dolgozni ezek szakmai irányításának, felügyeletének formáit.

**Önkéntesen szerveződő támogató szolgálatok**

Kísérletképpen célszerű volna pl. a krízis-intervenciós központok vagy a hasonló feladatokat ellátó, más egészségügyi szervezetek köré paramedikális szolgáltatást szervezni a feladatra önként vállalkozó, személyiségükben erre alkalmas, szakember által irányított egyénekből. Munkájuk átfoghatná a szociális és a mentális gondozás-támogatás egyes feladatait. Közvetlen hasznosságuk mellett a közvélemény kívánatos formálásához is hozzájárulhatnának. E tevékenységbe minden vállalkozó egyént, csoportot be kell vonni, így az egyházakat is. A résztvevők szakmai ellenőrzése az országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ és a családgondozó állomások révén oldható meg.

E szolgálatokat területi, lakóhelyi alapon kívánatos létrehozni: a hozzáférhetőség szempontjából ez mindenképpen előnyös. Így maga a segítő tevékenység is intenzívebb, hatékonyabb lehet (könnyebb a folyamatos kapcsolattartás; elérhető a válságba került egyén családja).

Bátorítani kell a lakóhelyi közösségek ez irányú, önálló kezdeményezéseit, szem előtt tartva, hogy egyes településrészek népessége csak nehezen vagy egyáltalán nem képes (vagy – a lakóhelyéhez fűződő elutasító viszonya folytán – nem akar) effajta vállalkozásba fogni. Gondot kell fordítani arra, hogy e tevékenységgel az átmeneti szállásokon élők is elérhetők legyenek.

**Önsegítő, önsegélyző csoportok**

Az önsegítő csoportok, klubok (pl. volt állami gondozottak szövetsége, gyógyult alkoholisták, magányosok, antialkoholisták klubja stb.) támogatásával lehetőséget kell adni a válságból kivezető kapcsolati formák megteremtésére.

Az alkoholellenes klubok hazai sikere reményt ad arra, hogy a közös sors élményén alapuló csoportokban a krízist átélt emberek megfelelő teret kapnak öngyógyító erőfeszítéseik megvalósításához. Az önként választott társas együttlét segítheti az egyént abban, hogy kiszabaduljon kritikus élethelyzetéből. A közösségi segítés e változatának is meg kell találnia a helyét a területi, lakóhelyi, esetleg a munkahelyi „társadalom" szerkezetében.

Az alkoholellenes klubok jelenleg tanácsi-egészségügyi szakirányítás és szakfelügyelet mellett működnek. Az adminisztratív irányítás e formája bizonyára alkalmazható más irányú önsegítő klubok esetében is. A tanácsok saját hatáskörükben biztosíthatják a folyamatos klubélet feltételeit. A terület gyógyító intézményeinek munkatársai, akik „hivatalból" is propagálói a mozgalomnak, szakmai segítés céljából bevonhatók a foglalkozásokba. A szakmai támogatásban, a szervezésben és irányításban fontos szerep hárul a családgondozó állomásokra, de ez természetesen nem zavarhatja a klubok önszabályozó, független belső életét.

A hatályos egyesületi jog – más összefüggésekben nyilván indokoltan – az egyesület létrehozását gyakorlatilag kétszeres engedélyeztetéstől teszi függővé, mivel már a szervezőmunka megkezdése is bejelentésre kötelezett; ezt a felügyelő szerv feltételhez kötheti. A tbz elhárításával kapcsolatos önkéntes támogató, illetve önsegítő csoportok működésével kapcsolatban kívánatos lenne egyszerűsített eljárást biztosítani. Ennek elemei a következők lehetnek: egyértelműen előre meg kell határozni a felügyelő szervet; az előzetes feltételeket ez esetekben megállapítani fölösleges; az önálló jogi személyiség nélküli kezdeményezéseket a szakszolgáltatást nyújtó szerveknek kell elfogadniuk; az egyesületek, illetve esetleges szövetségeik nyilvántartásba vétele gyorsított eljárásban történjék; mindezeket és az eljárás rövid határidejét nyilvános jogszabályban kívánatos kimondani. Az említett szervezetek munkáját a helyi tanácsnak és a tbz elleni helyi intézményeknek kötelességük támogatni; beavatkozásuk kizárólag törvényességi és szakmai felügyeleti jellegű lehet.

### A társadalmi és tömegszervezetek megelőző tevékenysége

Értékes és nélkülözhetetlen munkát végezhetnek a megelőzés terén a különféle társadalmi és tömegszervezetek, -mozgalmak (nőtanács, vöröskereszt, Népfront, KISZ, szocialista brigádok stb.). Munkájuk területi, lakóhelyi és munkahelyi alapon egyaránt szerveződhet; tagjaikat az adott körzetet jól ismerő szakember (az ideggondozó vezetője, a körzeti orvos, rendőrtiszt, fiatalkorúak bírája, pszichológus) irányíthatja és készítheti fel feladataik ellátására.

A résztvevők számára szervezhetők központi tanfolyamok is, pl. a TIT vagy más művelődési intézmény keretében. A munkát irányító szakember itt felhívhatja a figyelmet a segítségre szoruló egyénekre, családokra; javaslatot tehet a beavatkozás módjára és folyamatosan tájékozódhat a végzett munkáról.

Fontos, hogy a vezető-irányító politikai testületek időről időre vizsgálják meg és értékeljék a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem helyzetét, teendőit.

**Magánszolgáltatások**

Az utóbbi időben egyre nagyobb számban folytatnak magánszemélyek, munkaközösségek, kisvállalkozások pszicho- és szociotechnikai tevékenységet. Munkájuk nagymértékben szélesíti és színesíti a humánszolgáltatások körét, ezért ezt a kezdeményezést átgondoltan támogatni kell. Szélesebb hozzáférhetőségük céljából javasolható, hogy a rászorulók minden fizetésköteles szolgáltatás igénybevétele esetén kaphassanak anyagi támogatást, a költségek egy részét fedező tanácsi vagy szakszervezeti segélyt.

Határozottan rá kell azonban mutatni arra, hogy e területen súlyos zavarok vannak: rendezetlen a jogi szabályozás, a szakmai felügyelet. Számos esetben fenyeget a szakmai hozzá nem értés, a kontárkodás térhódítása. Részben az orvosi magánpraxis rendezésének példájára, feltétlenül meg kell oldani az alábbi nyitott kérdéseket:

– a szakmai színvonal ellenőrzése; ez megvalósítható lehet a Magyar Pszichiátriai Társaság vagy a Magyar Pszichológiai Társaság közreműködésével, vagy a területileg illetékes családgondozó állomás jogkörében;

– a működési engedély kiadási feltételeinek pontos és részletes megfogalmazása (elvárható legalább ötéves szakmai gyakorlat igazolása, posztgraduális képzésen szerzett diploma bemutatása stb.);

– a működési jog szabályozása (pl. a törvényességi és pénzügyi felügyelet);

– az etikai követelmények és szankciók tisztázása (pl. titoktartás).

E problémák rendezését feltétlenül szükségesnek tartjuk, ellenkező esetben e területen anarchikus viszonyok támadhatnak.

**Tömegkommunikációs eszközök (propaganda)**

1. Határozottan erősíteni kell a televízió, a rádió, a sajtó szerepét a lélektani kultúra, a segítő kapcsolatokra való készség fejlesztésében. Szükség volna a felnőttek személyközi kapcsolatainak problémáival foglalkozó műsorokra. Hasznos lenne mindennapi emberismereti kérdésekkel kapcsolatos műsorok szervezése; az élet nehéz helyzeteit és azok megoldását leíró vallomásokra ösztönző pályázatok kiírása; a válságok problémáit tárgyaló könyvek kiadása, valamint mentális egészségügyi témájú filmek készítése és forgalmazása.

2. Igen fontos a válsághelyzetben igénybe vehető különféle szolgálatok, szervezetek (telefonszolgálat) sokoldalú propagandája.

3. A tájékoztatásban a vádlottak bemutatása során fokozott gondot kell fordítani arra, hogy az ne legyen egyoldalú. A deviáns személyekkel foglalkozó műsorokban megfelelő módon érzékeltetni kell a cselekmények társadalmi összefüggéseit is. E teljesség és objektivitás nélkül a lakosság gyakran értetlenül áll a későbbi – az eset valamennyi körülményét figyelembe vevő – ítélet „enyheségével" szemben. Ismételten meg kell fontolni azt is, hogy helyes-e részletes tájékoztatást adni olyan ügyekről, amelyek még nem kerültek lezárásra, ahol még nem hoztak jogerős ítéletet.

4. Vannak arra utaló adatok, hogy a tömegtájékoztatásban megjelent, illetve a szórakoztató eszközök (mozi stb.) révén közvetített öngyilkossági esetek,

bűnelkövetési módok és más ezzel összefüggő hírek, műsorok nyomán megszaporodnak a mintakövető kísérletek. Ha ez Magyarországon is igaznak bizonyul, szóba kerülhet a tömegkommunikációs eszközök ilyen témájú közleményeinek, programjainak bizonyos mértékű felülvizsgálata.

5. Határozottan ki kell bővíteni a mentális egészségvédelem programját szolgáló agitatív eszközök körét, mint a szórólapok, rövid kiadványok, plakátok, ismeretterjesztő könyvek, folyóiratok.

## Javaslatok a szakemberképzésre

A képzésre vonatkozó javaslataink első csoportja a szükséges szemléleti alapok és az átfogó ismeretek kialakítását szolgáló elméleti és gyakorlati tárgyak alapképzésbe való beépítését foglalja magába, éspedig a szóba jöhető szakemberek legtágabb körének képzésében. Ezt követően a szakosodási lehetőségek bővítését, a szakdiplomák szerzését és a területen már dolgozó szakemberek posztgraduális képzését szolgáló javaslatokat terjesztjük elő. Majd a gyermekkori magatartászavarokat, valamint a már kifejlett társadalmi beilleszkedési zavarokat kezelni hivatott intézmények eredményesebb működésének szakemberképzési igényeit tekintjük át. Végül a laikusképzésre vonatkozó javaslatokat ismertetjük. Megjegyezzük: az egyes képzési formák *tartalmának* részletes kidolgozását nem tekintettük feladatunknak, ez további vizsgálódásokat igényel s a szakemberek széles körének közreműködésére kell támaszkodnia; csupán a szükségesnek ítélt képzési irányokat, fejlesztési feladatokat rögzítjük.

### Javaslatok az alapképzés továbbfejlesztésére

A megelőzésben és a sikeres korai beavatkozásban érintett nevelési, egészségügyi, igazgatási, igazságszolgáltatási szakemberek és középkáderek képzésében kívánatos a családra vonatkozó – mentális egészségügyi alapvetésű – komplex jogi, pszichológiai, szociológiai, biológiai tantárgy felvétele, amely a gyakorlati döntésekhez és eljárásokhoz szakszerű támpontokat nyújthat.

Sajnálatos módon az e kívánalmakat leginkább megközelítő gyermekvédelmi oktatás a tanár- és tanítóképző főiskolákon háttérbe szorul, a gyermekvédelem kiemelt oktatását lehetővé tevő szakkollégiumi rendszert pedig beszüntették. E kedvezőtlen tendencia megváltoztatása elengedhetetlen feltétele annak, hogy a tbz visszaszorításának a megelőzésen és a korai beavatkozáson alapuló stratégiája eredményre vezessen.

Hangsúlyozzuk, hogy az említett tantárgy (ismeretkör) bevezetése csak akkor hozhat sikert, ha a gyakorlati munkában közvetlenül hasznosítható ismeretekkel és készségekkel szolgál. A tantárgynak az egyén helyzetének és alkalmazkodóképességének megértését és javítását elősegítő tudáson kívül elsősorban a családra mint egységre kell irányulnia: annak eredményesebb működését, önfenntartó és konfliktusmegoldó képességének javítását, szociokulturális sajátosságainak jobb megértését kell elősegítenie. Ilyen jellegű ismeretkör bevezetése a következő szakokon kívánatos:

1. A *jogászok* és *igazgatásszervezők* oktatásában kívánatos a családdal foglalkozó mentális egészségügyi, szociológiai, családjogi, gyermekvédelmi tantárgyak fakultatív oktatása. Célszerű lenne ezt az ismeretkört az egységes szakvizsgán – az ideológiai ismeretekhez hasonlóan – kötelező anyaggá tenni.

2. Hasonló tematikájú kötelező tantárgy felvételét és belső specializálódási lehetőségek biztosítását (szak- és speciális kollégiumok) javasoljuk a *szociológusok, a pszichológusok és a népművelők* képzésében.

3. Célszerű a Gyógypedagógiai Főiskolán diplomát szerző *szociális szervezők* képzési tervébe kötelező jelleggel felvenni és kibővíteni a család mentális egészségügyét és szociokulturális sajátosságait tárgyaló tantárgyat.

4. Feltétlenül szükséges a családok mentális egészségügyét és gondozását, továbbá a kapcsolódó gyermekvédelmi ismereteket tárgyaló elméleti tantárgy, valamint helyzetelemző, problémamegoldó gyakorlatok bevezetése a *tanító- és tanárképzésben.*

5. *A védőnők* főiskolai tantervébe fontos, általános kötelező tantárgyként be kell iktatni a hátrányos helyzetű és veszélyeztető családok sajátos problémáit, gondozási módjait tárgyaló ismeretkört.

6. Az Orvostovábbképző Intézet (OTKI) Egészségügyi Főiskoláján szervezett *mentős és közegészségügyi* szakon kívánatos a tbz-vel kapcsolatos gyakorlati (főleg alkohológiai és szuicidológiai) ismereteket felölelő tantárgy kötelező bevezetése.

7. Az egészségügyi szakközép- és szakiskolákban folyó *nővérképzés* keretében célszerű fakultatív, többéves komplex családvédelmi tantárgy bevezetése, éspedig *„szociális gondozó" szakvégzettség* biztosításával. Kívánatos, hogy az egészségügyi középiskolák tantervében az ápolónői munka higiénés szempontjai mellett a mentális egészségügyi szempontokat bővebben oktassák.

**Javaslatok a speciális felkészültségű szakemberek képzésére**

A társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzése és kezelése szükségessé teszi speciális felkészültségű szakemberek képzését mind az egészségügyi ellátásban, mind az igazságszolgáltatásban és a gyermekvédelemben. A fejlesztés célszerű iránya ezekben az esetekben a szükséges speciális ismeretek posztgraduális képzés keretében történő biztosítása *szakdiplomák* szerzésével, illetve a fejlesztés során várható szakemberszükséglet fedezése *új szakok beindításával.* Természetszerű, hogy főként a legkvalifikáltabb munkaköröket kívánatos szakdiplomák megszerzéséhez kötni.

A munka színvonalának emelése érdekében azonban első lépésként feltétlenül szabályozni kell e területen a munkakörök betöltésének feltételeit. Így pl. érvényt kell szerezni annak a rendeletnek, hogy pszichológusi munkakörben csak pszichológusi diplomával rendelkező személy dolgozhat. Más fontos munkakörök (pszichiáter, igazságügyi pszichológus, családjogi bírák) betöltésének feltételeit ugyancsak kívánatos rendeletileg úgy szabályozni, hogy az alább javasolt szakdiplomák megszerzéséhez kötve legyenek.

1. Vizsgakötelezettség terhe mellett posztgraduális képzésre legyen kötelezve minden, *családjogi ügyekkel foglalkozó bíró,* továbbá *a tbz-kérdésekkel foglal-*

*kozó szakigazgatási dolgozó.* E szakvizsgák *független* szakértő testület előtti, záros határidőn belüli letétele a munkakör további betöltésének feltétele legyen.

2. Szükséges az *igazságügyi szakpszichológus*-képzés beindítása az OTKI keretében. Meghatározott idő után e szakdiploma megléte a munkakör további betöltésének feltétele legyen.

3. Az OTKI szervezésében javasoljuk a *gyermekpszichiáter-képzés* kiemelt fejlesztését és a *pszichiáterek* pszichoterápiás kiképzését – különös tekintettel a terület szakember-ellátottságának megoldatlanságára.

4. Külföldi kezelőintézmények tapasztalatai azt mutatják, hogy a mentális zavarokban szenvedő betegek ellátásában fontos szerep hárul az orvos és az ápolói személyzet között elhelyezkedő, felsőfokú végzettséggel rendelkező terápiás kisegítő személyzetre. Javasoljuk, hogy az OTKI Egészségügyi Főiskoláján távlatilag induljon felsőfokú képzés az *egészségügyi gondozói intézetekben terápiát* végzőknek.

5. Javasoljuk, hogy az OTKI pszichiátriai és klinikai pszichológiai tanszékén folyó felnőtt- és gyermekterapeuta szakképzés bővüljön ki a *család- és párterapeuta képzéssel,* valamint a *tanácsadói pszichológia* oktatásával.

6. A feladatkörök célrendszere és módszertana kidolgozásának előrehaladtával feltétlenül meg kell szervezni a pedagógusdiplomával rendelkező *hivatásos pártfogók* és a nevelési tanácsadók *családgondozóinak* posztgraduális képzését az Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ keretében.

7. Javasoljuk az *iskolapszichológusok* posztgraduális képzésének megszerzését a kiépítendő iskolapszichológusi hálózat céljainak megfelelően. A képzéssel az ELTE BTK Fejlődéspszichológiai Tanszékét kívánatos megbízni, amely már jelenleg is a neveléslélektani posztgraduális képzés bázisintézménye.

8. Javasoljuk a *pedagógusok,* elsősorban a *gyermekvédelmi felelősök* részére lehetővé tenni „alkalmazott speciális pedagógia" szakdiploma megszerzését a Gyógypedagógiai Főiskola vagy az ELTE BTK illetékes tanszékei szervezésében.

**Javaslatok a területi ellátásban dolgozó középkáderek és szakemberek továbbképzésére**

Javaslataink e körében azoknak a szakembereknek a tanfolyami továbbképzési lehetőségeit kívánjuk számba venni, akik – bár közvetlenül nem a beilleszkedési zavarokat mutató személyek kezelésével foglalkoznak – munkájuk során mégis találkoznak ilyen problémákkal. Ide sorolhatók egyebek között a körzeti, az iskola- és üzemorvosok, a népművelők, a rendőrök, a szociális gondozók, a szociális nővérek. Kívánatos, hogy mindazok, akik közülük a tbz kérdései iránt érdeklődnek, vizsgakötelezettséggel járó tanfolyamok keretében elméleti ismereteket és gyakorlati készségeket szerezzenek. Megfontolandó, hogy a tbz által különösen fertőzött körzetekben és munkahelyeken az ilyen tanfolyamokat kötelezővé tegyük.

1. Célszerű beindítani a *körzeti,* az *üzem-* és *iskolaorvosok,* továbbá a *rendőrök* számára szuicidológiai, alkohológiai, mentális egészségügyi továbbképző

tanfolyamokat, ahol az egészségügyi ismeretek mellett jogi, szociológiai tájékozottságot is nyerhetnek. Kívánatos, hogy e tanfolyamok szervezését az Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ lássa el.

2. A művelődési házak utóbbi időben egyre szaporodó kísérletei azt jelzik, hogy a népművelőknek fontos szerep juthat az „átlagos családok" egészséges működésének elősegítésében és a felbukkanó krízisek megoldásában. Javasoljuk ezért, hogy a *népművelők* számára biztosítsunk mentális egészségügyi továbbképzést s egyes csoporttechnikákra való kiképzést, az utóbbiakat csoportvezetői (önismereti csoport, pszichodráma) engedélyek kiadásával. E tanfolyamok szervezését az Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Módszertani Központra vagy a Népművelési Intézetre kívánatos bízni.

3. Elengedhetetlenül szükséges megszervezni a házi gondozást végző *szociális gondozók, szociális nővérek* és *védőnők* továbbképzését. Távlatilag lehetőséget kell biztosítani kvalifikációs oklevél megszerzése alapján a specializálódásra (pl. hátrányos helyzetű családokra specializálódott védőnők stb.); ennek fokozott anyagi elismeréssel is együtt kell járnia. A képzés szervezésével az Egészségügyi Főiskolát vagy a Vöröskeresztet célszerű megbízni.

**Javaslat a laikusképzésre**

A társadalmi segítségnyújtás szakszerűségének érdekében laikusok számára gyakorlati ismereteket és sajátos technikákat, készségeket nyújtó tanfolyamok beindítása látszik kívánatosnak. Így pl. a szuicidológiai, öreggondozási tanfolyamok elvégzése felhatalmazást adhat különböző gondozói tevékenységek végzésére. A képzés megszervezésére célszerű a Vöröskeresztet, illetve az Egészségügyi Főiskolát felkérni.

## Javaslatok a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem komplex intézményrendszerének működésére

A továbbiakban *a javasolt komplex intézményrendszer gyakorlati működésének felvázolására teszünk kísérletet,* éspedig oly módon, hogy előbb a közigazgatási rendszert, majd a kapcsolódó intézményhálózatokat, azt követően a jelzőrendszereket írjuk le, s végül az egész rendszer működéséről szólunk.

1. A társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem egységesebb és egyben hatékonyabb kezelése jelenlegi *közigazgatási rendszerünkben* is változtatásokat igényel. Ezek a változtatási igények mind központi, mind helyi-területi szinten jelentkeznek.

*a) A közigazgatás központi szintjén* több alternatíva kínálkozik.

– *Kormánybizottság létrehozása* a beilleszkedési zavarok egységes kezelése érdekében. Ez a megoldás természetesen érintetlenül hagyná a jelenlegi miniszteriális rendszert, de mintegy azok felett állva, biztosítaná az egységes politikai szemléletet, integrálná a rendelkezésre álló erőforrásokat. A Minisztertanács tanácsadó, véleményező, koordináló szerveként javaslatok, koncepciók kidolgozásával, a területre vonatkozó jogszabályok értékelésével, összehangolásával,

az intézkedések előzetes véleményezésével fejtené ki tevékenységét. A kormánybizottság határozatainak, javaslatainak végrehajtása továbbra is az érdekelt főhatóságok és területi-helyi szervek feladata maradna, lévén, hogy ő maga nem operatív jellegű szerv.

– Létrehozható a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem *új ágazati főhatósága.* Ez a megoldás már erősen érintené a közigazgatás jelenlegi központi rendszerét, ha nem is a létező minisztériumok megszüntetésével, de mindenképpen hatáskörük szűkítésével. Ugyanis a Művelődési Minisztérium és az Egészségügyi Minisztérium hatásköréből is jó néhányat átvenne az új főhatóság, megvalósítva a beilleszkedési zavarok elleni küzdelem egységes kezelését. Természetesen ez az új főhatóság sem vállalkozhat a tbz elleni küzdelem teljes körű irányítására. Így az elme- és idegbetegségek, valamint az alkoholizmus és az öngyilkosságok szűken vett orvosi kezelése, továbbá a bűnüldözés és az igazságszolgáltatás központi irányítása aligha mozdítható feladatok, illetve hatáskörök.

Az új ágazati főhatóság elvben kétféle lehet: *minisztérium vagy országos hatáskörű szerv.* A mérleg nyelve ebben a körben a minisztérium felé billen, mindenekelőtt azért, mert a közigazgatási szervek hierarchiájában kétségkívül magasabb helye van.

Ezért a központi irányító szerv megteremtésének egyik lehetséges alternatívája a *Szociális (esetleg Népjóléti, Társadalompolitikai vagy Szociálpolitikai) Minisztérium,* amely szerepel az OKKFT „Általános (egységes) szociálpolitikai koncepció kialakítását szolgáló kutatások" című programjának anyagaiban is. A társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem ez esetben nem önálló ágazatként, hanem a *szociálpolitika alágazataként* nyerne központi irányítószervet. (Természetesen a fentebb említett területek: tehát a szűken vett orvosi kezelés, valamint a bűnüldözés és az igazságszolgáltatás központi irányítása itt is a jelenlegi hatáskörben maradna.)

A Szociális Minisztériumnak, hasonlóan a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem önálló főhatóságához, a leglényegesebb előnyei az operativitásban, illetve az egységesebb irányítás lehetőségében rejlenek. El nem hallgatható hátrányai között pedig megemlíthető, hogy a problémakör teljesen egységes kezelését nem képes megvalósítani, tehát a központi irányítás bizonyos fokig így is tagolt marad, s hogy egyes hatáskörök elvonása a más minisztériumoktól erős szervezeti s személyi ellenállásba ütközhet.

A társadalmi beilleszkedési zavarok ágazati főhatósága megteremthető az *Egészségügyi Minisztérium feladat- és hatáskörének kifejlesztésével* is. (Ez természetesen együtt járhat a minisztérium nevének pl. Népjóléti és Egészségügyi Minisztériumra vagy Egészségügyi és Családvédelmi Minisztériumra történő megváltoztatásával.) A beilleszkedési zavarok elleni küzdelem ekkor is alágazatként szerepelne a társadalmi munkamegosztásban. Az így létrejövő főhatóság ellátná az Egészségügyi Minisztérium ma gyakorolt hatásköre mellett a Művelődési Minisztérium gyermek- és ifjúságvédelem terén jelentkező feladatait, valamint a beilleszkedési zavarok elleni küzdelem fejlődése során jelentkező új feladatok központi irányítását. E szervezeti megoldás előnyei és hátrányai gyakorlatilag egybeesnek az előbb leírtakkal.

A helyzet sokoldalú mérlegelésének eredményeképpen *a Tudományos Tanács egy új és önálló Népjóléti, Családvédelmi és Ifjúságügyi Minisztérium létrehozását javasolja,* amely egyéb – elsősorban szociálpolitikai funkciói mellett – ellátná a tbz elleni küzdelem ágazati főhatóságának feladatkörét is. Egy ilyen minisztérium bizonyos elemei (pl. a jelenlegi funkcionális főosztályok, ÁIB) már jelenleg is működnek, s nagyobb megrázkódtatások nélkül egybekapcsolhatók.

– *Minisztériumközi koordinációs bizottság* felállítása szintén érintetlenül hagyná a jelenlegi miniszteriális rendszert. A koordinációs bizottság feladata a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelemben érdekelt minisztériumok és országos hatáskörű szervek munkájának összehangolása, javaslattétel, tanácsadás lehetne. Elképzelhető olyan megoldás is, amelyben ez a Koordinációs Bizottság kiegészülne a jelenlegi és a később létrehozandó intézményrendszerek, gondozóhálózatok módszertani központjainak, országos intézeteinek képviselőivel. Ez a forma megalapozottabbá tehetné a terület egybehangolt, szakszerű irányítását. A Koordinációs Bizottság – hasonlóan az említett kormánybizottsághoz – nem operatív szerv, fő feladata a „törzskari szerep" ellátása lenne.

*b) A helyi-területi közigazgatási rendszer* továbbfejlesztését illetően mind területi, mind helyi szinten létre kell hozni a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem *egységes szakigazgatási szervét, a szociális osztályt.* Ez a szakigazgatási szerv látná el a gyermek- és ifjúságvédelem, a gyámügyi igazgatás, az alkohol, a kábítószer elleni küzdelem, az elme- és idegbetegségek kezelése, az öngyilkosságok megelőzése és a szociális igazgatás államigazgatási feladatait.

Az utolsóként említett szociális igazgatás egészének bevonását – annak ellenére, hogy ez a szűkebb értelemben felfogott beilleszkedési zavarokon kívül eső feladatokat is magában foglal – igazgatási és szervezési megfontolások egyaránt is indokolják. Amíg ugyanis a művelődésügy és az egészségügy körébe tartozó feladatok külön szervezetet igényelnek azt követően is, hogy a beilleszkedési zavarokkal kapcsolatos hatásköröket elvonjuk az új szervezeti keretbe, addig a szociálpolitika, a szociális igazgatás köréből kiemelt hatáskörök után a maradék kevés feladat szervesen sehová sem illeszthető, ellátásuk még csoportformát sem igényelne.

Így tehát az említett szakigazgatási szerv ellátná a *szociális igazgatás* körébe eső összes tanácsi feladatot is, amely nagy vonalakban a következőket tartalmazza:

– a gyermekek szociális intézményeinek (bölcsőde, csecsemőotthon) irányítása;

– a juttatásokkal kapcsolatos igazgatási feladatok (rendszeres szociális segély, közgyógyellátás stb.);

– a szociális intézmények (szociális otthon stb.) irányítása;

– a csökkent munkaképességűek és súlyosan fogyatékosok szociális ellátása;

– a hadkötelezettséggel kapcsolatos szociális igazgatás;

– a hadigondozás és nemzeti gondozás;

– a szabadságvesztésből szabadult személyek utógondozásával kapcsolatos igazgatási feladatok.

A felsorolt szociális igazgatási feladatoknak a társadalmi beilleszkedési zavarokkal egy szervezeti keretben történő intézését természetesen nemcsak az említett szervezeti indok, hanem a két feladatkör széles körű ölelkezése, a beavatkozás sokszor hasonló jellege is megengedi.

Csak az érintett szakigazgatási szerveket áttekintve, a következő kép alakulna ki: a megyei, a fővárosi, a megyei városi, a fővárosi kerületi tanácsoknál a most létező művelődésügyi, illetve igazgatási és egészségügyi, vagy az újabban alakult művelődési-egészségügyi-sport osztályok mellett, javarészt azok hatásköréből átvéve jönne létre a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelemre és néhány más, de kapcsolódó szociálpolitikai feladat ellátására az új főosztály, illetve osztály, melynek neve lehetne *szociális főosztály, illetve osztály.*

Itt ismét megjegyzendő, hogy a javasolt szakigazgatási szerv nagy vonalakban hasonlít a szociálpolitikai javaslatban szereplő szakigazgatási szervhez.

Az új igazgatási szervtípus természetesen nem érintené az egységes szakigazgatási szervek felépítését (község, nagyközség, megyei, városi, kerületi hivatal), valamint azokat az igazgatási egységeket sem, ahol a vázolt összevonásnál már jelenleg is továbbmentek (pl. egyes kisvárosok hatósági osztályai). Ez utóbbit illetően azonban nem kizárt erre a szervezeti formára való áttérés sem.

A vázolt *szakigazgatási szerv ellátná* a felsorolt területeken mind a hatósági jogalkalmazói, mind az intézményirányítói-felügyeleti hatásköröket. Személyi állománya főként igazgatási emberekből állna (jogászok, igazgatásszervezők), akiket munkájukban széles körű szakembergárda segítene. Ez utóbbi specialisták nagy része azonban a gondozóhálózatok, ellátó intézmények (elsősorban a családgondozó állomás) keretében dolgozna.

*A szociális osztály megteremtésének másik változata* még erőteljesebb igazgatási integrációt eredményezne. Elképzelhető ugyanis egy olyan megoldás, amely a szociális osztályt nem a művelődési és egészségügyi osztály mellett, azok hatásköréből elvéve teremtené meg, hanem a felsorolt szakigazgatási szervek összevonásával. Ez annyiban térne el a kisvárosokban ma működő művelődési-egészségügyi-sport osztályoktól, hogy ellátná a szervezési, intézményirányítói és hatósági jogalkalmazói feladatokat, ide értve azokat is, amelyeket ma az igazgatási osztályok gyakorolnak. (Természetesen nincs akadálya annak, hogy a szociális osztály ellássa a testnevelés és sport terén jelentkező igazgatási feladatokat is.)

2. A társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem *intézményrendszere* is központi, területi és helyi szinten szerveződött, s a javaslatok is ezeket a szinteket veszik alapul.

A *központban elhelyezkedő* országos intézetek, módszertani központok feladata rendszerint szervezési-módszertani, továbbképzési, tudományos kutató és ellátó (gyógyító, gondozó stb.) tevékenység folytatása. Ezek gyakran ellátják a profiljukba tartozó területi és helyi intézmények szakmai irányítását is. Ezek közül külön kiemelésre most csak az általunk javasolt Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ érdemes, melynek irányító szerepéről a későbbiekben lesz szó.

*A helyi-területi szinten elhelyezkedő* intézmények feladata a társadalmi beilleszkedési zavarok gyógyítása-megelőzése, kezelése, gondozása. Gyermek- és

ifjúságvédelmi, egészségügyi és szociális intézmények tartoznak e körbe, kiegészülve bizonyos, ma már működő humánszolgáltatásokkal. Ezeknek az intézményeknek a központi irányítását vagy az Egészségügyi Minisztérium vagy a Művelődési Minisztérium, esetleges központi szakmai-módszertani irányításukat az országos intézetek, közvetlen irányításukat és szakmai felügyeletüket pedig a helyi-területi tanácsok szakigazgatási szervei végzik.

A javaslatainkban szereplő *családgondozó állomás* szervezeti-irányítási viszonyai az előbbiekhez igazodnak. Központi, főhatósági szerve a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelem valamelyik típusú – korábban felvázolt – országos szerve lehetne.

Az állomás központi irányításában részt vehetne a javasolt Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ oly módon, hogy ellátná szakmai-módszertani irányítását, támogatását. A központ ellenőrizné a családgondozó állomások szakmai tevékenységét, gyakorolhatna bizonyos információgyűjtési, továbbképzési feladatokat is. Mindezeket a feladatokat a központ elsősorban nem jogi eszközökkel végezné.

A családgondozó állomások helyi-területi irányítása az alábbiak szerint alakulhatna:

– A helyi tanácsok feladata elsősorban az állomások létrehozása, illetve fenntartása. Eldöntendő kérdés, hogy fokozatosan valamennyi helyi tanács hozza-e létre családgondozó állomását vagy elegendő a központi szerepkört ellátó tanácsokhoz telepíteni őket. Az utóbbi esetben ilyen állomás működne a városokban, a fővárosi kerületekben és a központi szerepkört ellátó ún. városi jogállású nagyközségekben (a városkörzetükbe, illetve igazgatási körzetükbe kiterjedő hatáskörrel is). Véleményünk szerint mind gazdasági, mind szakemberszükségleti szempontból e másik megoldás javasolható. Az állománnyal nem rendelkező kis településeken a mentális egészségügyi ellátás, gondozás bizonyos formái öntevékeny alapon épülhetnek ki, de természetesen a meglevő körzeti orvosi, védőnői munkához is kapcsolódnának.

– A helyi tanácsok szociális osztályai gyakorolnák a családgondozó állomások közvetlen fenntartói irányítását. Ez alapvetően a személyi, anyagi, illetve szervezeti feltételek megteremtésére és az e kérdésekben való döntésekre irányulna.

– A megyei (fővárosi) tanácsok szociális főosztályai lennének a családgondozó állomások szakmai felügyelői. Ezen a szinten biztosítható a szakigazgatási szerveknél az a szakértelem, amelynek alapján az állomásokban folyó érdemi munka megítélhető, segíthető, illetve esetleg helyes irányba terelhető. A szakmai felügyelet megszervezésére mintául szolgálhat pl. az oktatási intézmények évtizedek óta működő szakfelügyelete. A szakfelügyelők nem az igazgatási szerv alkalmazottai, hanem kiemelkedő képességű és hosszú gyakorlattal rendelkező pedagógusok, akik napi munkájuk mellett látják el ezt a tevékenységüket. Ilyen formában lehetőség adódik arra is, hogy pl. az Országos Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ munkatársai közvetlenül is bekapcsolódhassanak a szakmai ellenőrzésbe.

– Sajátos helyet foglalnak el az intézményrendszerben az ún. *humánszolgáltatások* (tanácsadások, lelkisegély telefonszolgálat, önsegítő csoportok stb.).

Ezek gyakorlatilag kéttípusú szervezeti-irányítási rendben jöhetnek létre. Az egyik, amikor e szolgáltatásokat a családgondozó állomás nyújtja, ilyenkor a humánszolgáltatás irányítása az állomáson keresztül történik. Más a helyzet, ha a humánszolgáltatás szervezetileg önállóan, például egyesület vagy gazdasági munkaközösség formájában jön létre, illetve esetleg a tanács intézményeként. Ilyenkor az illetékes tanács szakigazgatási szerve közvetlenül látja el tevékenységének felügyeletét.

3. Az eddig ismertetett államigazgatási intézményi hálózatrendszer működésének alapfeltétele *egy jól funkcionáló jelzőrendszer*. Ehhez állami, társadalmi és magánszervek és -személyek egyaránt tartoznának.

*Az iskolai gyermekvédelem* – s különösen a gyermekvédelmi megbízottak, továbbá a pedagógusok – feladata, hogy azokban az esetekben, amikor a pedagógiai eszközök már kevésnek bizonyulnak, a megfelelő intézmények, hatóságok segítségét kérjék, jelezzék a veszélyeztetett gyermek létét s veszélyeztetettségének okát.

*A körzeti, az üzem- és az iskolaorvosok* az elsők között találkozhatnak a beilleszkedési zavarok sok fajtájával, s szakértelmük segíti őket azok felismerésében. A hatályos jogszabályok azonban csak szűk körben teszik számukra kötelezővé az intézkedést azon esetekben, amelyek meghaladják hatókörüket; ennek kiszélesítése rendkívül fontos.

*A bűnüldöző szervek* a büntetések kapcsán olyan beilleszkedési zavarokkal is találkozhatnak, amelyek kívül esnek a Btk. által büntetni rendelt cselekményeken. A rendőrség, az ügyészség, a bíróság jelzései alapján igen sok tbz még idejében megelőzhető vagy gyógyítható, megszüntethető lenne.

*A védőnői hálózat* az újszülöttek otthoni látogatása kapcsán évente több százezer családdal kerül közvetlen kapcsolatba anélkül, hogy feladata lenne a tapasztalt beilleszkedési zavarok – legyen az a gyermeknél vagy a felnőtteknél jelentkező – jelzése a megfelelő szerveknek.

*Az óvónők, bölcsődei dadák* különösen a kisgyermekek veszélyeztetettségét ismerhetik fel, de alkalmasint módjuk van a szülők rendellenes magatartásának felismerésére is.

*A Hazafias Népfront* helyi-területi bizottságai akciók kezdeményezésével, illetve a különböző társadalmi szervek munkájának összehangolásával vesznek részt szociálpolitikai kérdések megoldásában (pl. öregekkel való foglalkozás; tanyák, aprófalvak, városszélen lakók problémáinak megoldása; a cigányság helyzetének javítása stb.). E munkájuk során a társadalmi beilleszkedési zavarok szinte minden fajtájával kapcsolatba kerülhetnek. Külön említést érdemelnek a lakóbizottságok, amelyek legközelebb vannak a családokhoz, hivatásuk folytán ismerik lakótársaik problémáit.

A *Magyar Vöröskeresztről* szóló jogszabály a szervezet alapvető feladatai között jelöli meg a lakosság körében végzett társadalmi egészségügyi munkát, a betegségek megelőzését szolgáló intézkedésekben való részvételt, az állami egészségügyi szolgálatokkal való együttműködést. E jelzőrendszer működésének, valamint a gondozó apparátusok munkájának adatait foglalja össze a területi nyilvántartási rendszer.

A *Köjál szervei* folyamatos tevékenységük során rendszeresen hozzájutnak

olyan információkhoz, amelyek elősegíthetik az ártalmas lakás- és egészségügyi körülmények között élő családok felderítését és gondozásba vételét.

4. A vázolt *komplex intézményrendszer működése* (s itt alapvetően a helyi szint érdemel figyelmet) a fokozatosságra, valamint a hatósági, a gondozói és az egészségügyi-gyógyító tevékenységek elválására épül.

Ha a kiterjedt *jelző apparátus* valamelyik eleme egy személy vagy család társadalmi beilleszkedési zavaráról tudomást szerez, az esetek döntő többségében a *szociális osztályt* értesíti. Azért a szakigazgatási szervet, hogy az sürgős szükség esetén azonnal igénybe vehesse a hatósági eszközöket, a késedelem ne járjon helyrehozhatatlan kárral. A sürgős szükség esetét kivéve, a szakigazgatási szerv a családgondozó állomáshoz (egyes esetekben más intézményhez pl. valamelyik gondozóhoz vagy humánszolgáltatáshoz) küldi a zavarban szenvedőt.

A családgondozó állomás vagy maga próbálja meg a rendelkezésre álló eszközökkel (pszichológiai kezelés, gondozás, ellátás, segélyezés, egyes védő-óvó intézkedések stb.) megelőzni, illetve megszüntetni a zavart, vagy a megfelelő intézményhez, humánszolgáltatáshoz irányítja az ügyfelet.

Ha a gondozó munkája során arra a meggyőződésre jut, hogy a rendelkezésre álló eszközök kevésnek bizonyulnak, és szükség van a hatóság közbeavatkozására, úgy értesíti a szakigazgatási szervet, amely kényszerítő eszközöket alkalmazhat (állami gondozásba vétel, alkoholista kötelező gyógykezelése stb.), illetve nagyarányú támogatást nyújthat (szociális otthoni elhelyezés, rendszeres nevelési segély stb.).

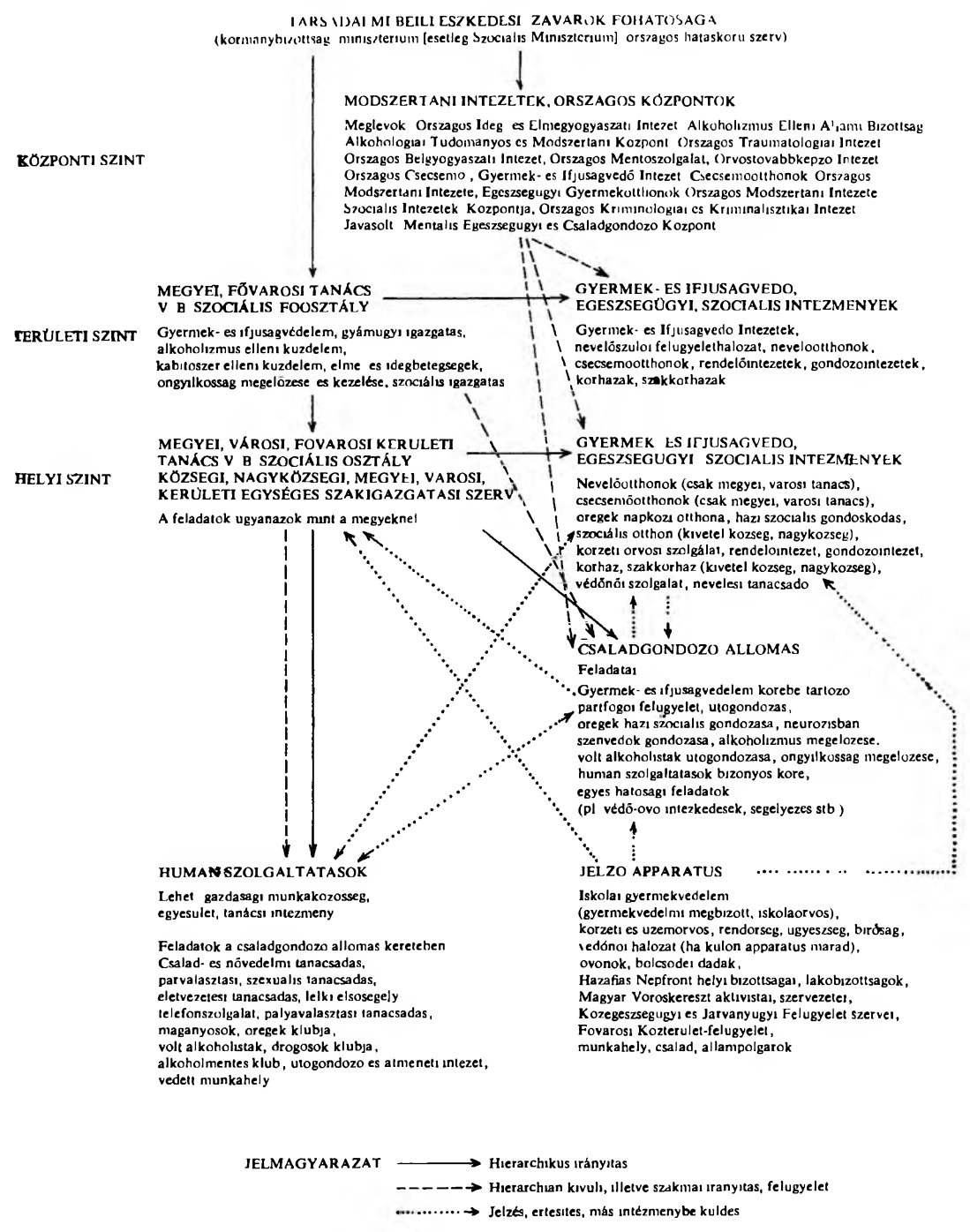
A jelzőrendszernek természetesen vannak olyan elemei, gondolunk itt főként az iskolai, az üzemi és a körzeti orvosokra, amelyek a hatóság közbeiktatása nélkül *közvetlenül* a családgondozó állomáshoz vagy más, megfelelő intézményhez irányíthatják a tbz-vel küzdő személyt. Ilyen esetben a szakigazgatási szerv közbelépésére csak akkor kerül sor, ha az illető nem veti magát önként alá a megfelelő kezelésnek, gondozásnak, és a jogszabályok előírják a kötelező gyógykezelést (pl. alkoholista, elmebeteg esetében).

A családgondozó állomás közvetlenül is tudomást szerezhet társadalmi beilleszkedési zavarral küzdő emberekről, és azonnal akcióba léphet (értesítve a szociális osztályt az átfedések elkerülése érdekében). Ilyenkor optimális esetben az állampolgár nem is kerül kapcsolatba a hatósággal.

A családgondozó állomások mellett működő *gyermekvédelmi, egészségügyi és szociális intézmények* kettős feladatot látnak el. Egyrészt fogadják azokat a tbz-vel küzdő személyeket, akiket a családgondozó állomás küld hozzájuk, mert az állomás rendelkezésére álló eszközök kevésnek bizonyultak (itt főként az egészségügyi intézetekre gondoljunk), másrészt a szociális osztály határozata alapján beutalt személyek gyógyítását, gondozását, kezelését látják el.

Természetesen annak sincs semmi akadálya, hogy az egészségügyi intézethez fordulót az intézet a családgondozó állomáshoz küldje, mert megítélése alapján az alkalmasabb a kezelésre.

Amennyiben a humánszolgáltatások – illetve azok egy része – a családgondozó állomásokhoz kerülnek, úgy rájuk az előbb elmondottak az irányadók. A kívülmaradók kapcsolatba léphetnek a szakigazgatási szervvel, a családgondozói állomásokkal és a többi intézménnyel. A szakigazgatási szervvel való


TÁRSADALMI BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK FOHATÓSÁGA
(kormánybizottság minisztérium [esetleg Szociális Minisztérium] országos hatáskörű szerv)
KÖZPONTI SZINT
MÓDSZERTANI INTÉZETEK, ORSZÁGOS KÖZPONTOK
Meglévők Országos Ideg és Elmegyógyászati Intézet Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Alkohológiai Tudományos és Módszertani Központ Országos Traumatológiai Intézet Országos Bőrgyógyászati Intézet, Országos Mentőszolgálat, Orvostovábbképző Intézet Országos Csecsemő , Gyermek- és Ifjúságvédő Intézet Csecsemőotthonok Országos Módszertani Intézete, Egészségügyi Gyermekotthonok Országos Módszertani Intézete Szociális Intézetek Központja, Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet Javasolt Mentális Egészségügyi és Családgondozó Központ
TERÜLETI SZINT
MEGYEI, FŐVÁROSI TANÁCS V B SZOCIÁLIS FŐOSZTÁLY
Gyermek- és ifjúságvédelem, gyámügyi igazgatás, alkoholizmus elleni küzdelem, kábítószer elleni küzdelem, elme és idegbetegségek, ongyilkossag megelőzése és kezelése, szociális igazgatás
GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGVÉDŐ, EGÉSZSÉGÜGYI, SZOCIÁLIS INTÉZMÉNYEK
Gyermek- és Ifjúságvédő Intézetek, nevelőszülői felügyelethalózat, nevelőotthonok, csecsemőotthonok, rendelőintézetek, gondozóintézetek, kórházak, szakkórházak
HELYI SZINT
MEGYEI, VÁROSI, FŐVÁROSI KERÜLETI TANÁCS V B SZOCIÁLIS OSZTÁLY
KÖZSÉGI, NAGYKÖZSÉGI, MEGYEI, VÁROSI, KERÜLETI EGYSÉGES SZAKIGAZGATÁSI SZERV
A feladatok ugyanazok mint a megyeknél
GYERMEK ÉS IFJÚSÁGVÉDŐ, EGÉSZSÉGÜGYI SZOCIÁLIS INTÉZMÉNYEK
Nevelőotthonok (csak megyei, városi tanács), csecsemőotthonok (csak megyei, városi tanács), öregek napközi otthona, házi szociális gondoskodás, szociális otthon (kivétel község, nagyközség), körzeti orvosi szolgálat, rendelőintézet, gondozóintézet, kórház, szakkórház (kivétel község, nagyközség), védőnői szolgálat, nevelési tanácsadó
CSALÁDGONDOZÓ ÁLLOMÁS
Feladatai
Gyermek- és ifjúságvédelem körébe tartozó pártfogói felügyelet, utógondozás, öregek házi szociális gondozása, neurózisban szenvedők gondozása, alkoholizmus megelőzése, volt alkoholisták utógondozása, öngyilkosság megelőzése, humán szolgáltatások bizonyos köre, egyes hatósági feladatok (pl védő-óvó intézkedések, segélyezés stb )
HUMÁN SZOLGÁLTATÁSOK
Lehet gazdasági munkaközösség, egyesület, tanácsi intézmény
Feladatok a családgondozó állomás keretében
Család- és nővédelmi tanácsadás, párválasztási, szexuális tanácsadás, életvezetési tanácsadás, lelki elsősegély telefonszolgálat, pályaválasztási tanácsadás, magányosok, öregek klubja, volt alkoholisták, drogosok klubja, alkoholmentes klub, utógondozó és átmeneti intézet, védett munkahely
JELZŐ APPARÁTUS
Iskolai gyermekvédelem (gyermekvédelmi megbízott, iskolaorvos), körzeti és üzemorvos, rendőrség, ügyészség, bíróság, védőnői hálózat (ha külön apparátus marad), óvónők, bölcsődei dadák, Hazafias Népfront helyi bizottságai, lakóbizottságok, Magyar Vöröskereszt aktivistái, szervezetei, Közegészségügyi és Járványügyi Felügyelet szervei, Fővárosi Kerületi-felügyelet, munkahely, család, állampolgárok
JELMAGYARÁZAT
Hierarchikus irányítás
Hierarchián kívüli, illetve szakmai irányítás, felügyelet
Jelzés, értesítés, más intézménybe küldés

kapcsolatukat formájuk határozza meg. Amennyiben tanácsi intézményről van szó, úgy a szakigazgatási szerv irányítása alatt állnak, s kötelesek elfogadni a szociális osztály által beutalt vagy küldött személyeket. A gazdasági munkaközösség vagy egyesület ilyen kötelezettséggel nem rendelkezik, felettük a szakigazgatási szervek (nem is a szociális, hanem az igazgatási osztályok) csak törvényességi és szakmai-pénzügyi felügyeletet gyakorolnak.

Eltekintve most a jogi-igazgatási kapcsolattól, a humánszolgáltatások, valamint a családgondozó állomások és egyéb intézmények között kétoldalú kapcsolat alakulhat ki. A családgondozó és egyéb intézetek a humánszolgáltatásokhoz irányíthatják azokat a személyeket, akiknél a szolgáltatások nyújtotta segítség elegendő, illetve inkább célravezető. Ugyanakkor a humánszolgáltatások az előbbiekhez irányítják azokat a tbz-vel küzdő személyeket, akiknek nehézségein már csak a családgondozó állomás vagy valamely egészségügyi, gyermekvédelmi vagy szociális intézmény segíthet. (Ekkor azonban gyakran szükséges már a szakigazgatási szerv közbelépése is.)

A humánszolgáltatások egy részénél (a tervezett utógondozó- és átmeneti intézmények, védett munkahelyek) az eljárás az, hogy a valamilyen – főként egészségügyi – intézményben kezelésen átesett személyt utal ide be a szociális osztály. (Ebből az is következik, hogy ezek a szolgáltatások leginkább tanácsi intézményi formában képzelhetők el.)

Mind a családgondozó állomások, mind a humánszolgáltatások természetesen nyitva állnának a közvetlenül hozzájuk fordulók előtt.

Az előbbiekben leírt komplex rendszer megítéléséhez, illetve bevezetéséhez *feltétlenül szükség van előzetes modellkísérletekre*. Ez több formában is elképzelhető, de mindenképpen célszerűnek látszana, ha területi és helyi szinten, valamint minden településtípusban működésében próbálnák ki a rendszert. Ezeket a kísérleteket a társadalmi beilleszkedési zavarokkal leginkább „fertőzött" területeken célszerű elkezdeni.

A leírt intézményrendszer nem működhet a politikai-társadalmi szervek hatékony támogatása nélkül. Alapvetően fontos, hogy a központi, területi és helyi pártszervezetek elvi-politikai irányító munkájuk során különös gondot fordítsanak a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni küzdelemre, így annak komplex intézményrendszerére.

A vázolt komplex államigazgatási és gondozói intézményrendszernek igazi alternatívái nem képzelhetők el, csupán szerényebb változatai.

Amennyiben a családgondozó állomások hálózata valamilyen oknál fogva nem – vagy csak túlságosan hosszú távon, esetleg csak részlegesen – tűnik megvalósíthatónak, akkor még fontosabb lehet a szociális osztályok létrehozása. Ebben az esetben ugyanis a társadalmi beilleszkedési zavarok egységes kezelésének szerve helyi-területi szinten kizárólag ez az osztály maradna. Feladata ekkor mindenekelőtt az lenne, hogy biztosítsa a meglevő gondozóhálózatok közötti összhangot, kiszűrje a felesleges átfedéseket.

A jelzőrendszer minden információjának a szakigazgatási szervhez kellene befutnia, amely egységesen, egymásra tekintettel intézhetné a különböző beilleszkedési zavarokat. Ebben a megoldásban a szociális osztály munkaterhe

lényegesen nagyobb, szakmai, szakértői háttere pedig minden bizonnyal szűkebb lenne.

A szociális osztály létrehozása anyagi ráfordítást lényegében nem igénylő, viszonylag rövid idő alatt megszervezhető feladat.

## Javaslatok az egyes tbz-formák megelőzésére és visszaszorítására

### Javaslatok a neurózis és az öngyilkosság visszaszorítására

A neurózis a legtömegesebb, népbetegség méretű, az öngyilkosság pedig a legvégzetesebb beilleszkedési zavar. Ugyanakkor a megelőzés és a kezelés intézményrendszere éppen ezeken a területeken a legcsökevényesebb.

A jelenlegi helyzet javítása, a megelőző és az ellátó mechanizmusok kialakítása, továbbfejlesztése csak hosszabb folyamatban valósulhat meg. Ezért a konkrét javaslatok csak néhány kezdő lépésre szorítkozhatnak, a további fejlődési-fejlesztési tendenciákról pedig csupán körvonalakban beszélhetünk. Hosszabb távú fejlesztési programot itt is csak olyan felelősséggel felruházott intézmények létrehozásával lehet megvalósítani, amelyeknek az ide vonatkozó tudományos kutatások stratégiáját éppen úgy módjukban áll befolyásolni, mint a területet érintő pénzeszközök felhasználását, és lehetőségük van arra is, hogy a formális-adminisztratív függésüket az egyéb intézményektől a cél megkívánta mértékben rugalmassá tegyék.

Javaslatainkban közösen kezeljük a neuróziselláttást és az öngyilkosság megelőzését, hiszen jelenlegi helyzetünkben maga a társadalmi védekezés logikája közelíti azokat egymáshoz. Az epidemikus méretűvé vált öngyilkosságok megelőzésének különösen fontos tartaléka a népbetegség jellegű neurózis hatékonyabb gyógyítása.

A neurózis megelőzése viszont a társadalom pszichológiai kulturáltságának, konfliktusmegoldási készségének, az életmód mentális egészségügyi színvonalának is függvénye. A konfliktuskezelés megtanulása, a neurózis érdemi kezelése és a szuicidium megelőzése így rendre egymásból következik.

1. Az öngyilkosság és a neurózis „járványszerű", *népbetegség méretű* elterjedtsége megkívánja, hogy olyan *magas szintű politikai döntés szülessék,* amely kiindulópontként leszögezi, hogy ezek a *deviációformák* az egyik legfőbb egészségpolitikai problémát jelentik, a visszaszorításukra fordított eddigi erőfeszítések és anyagi ráfordítások pedig elégtelenek voltak. A hatékonyabb ellenintézkedéseknek a jövőben kiemelt, prioritást élvező, stratégiai jellegű egészségpolitikai és szociálpolitikai célokká kell válniuk. Az intézkedéseknek azonban messzemenően túl kell lépniük az egészségügyi ágazat alá tartozó intézmények irányításán, befolyásolásán, útmutatást kell adniuk a többi ágazat területén működő ilyen irányú tevékenységeknek is.

2. A fent említett döntésnek megfelelően javasoljuk, hogy *az öngyilkosságelhárítási intézményrendszer kiépítésének folyamatos irányítása* kapcsolódjék más szociálpolitikai, mentális egészségpolitikai vagy a jobb társadalmi beillesz-

kedést előmozdító társadalompolitikai feladatok tárca szintű, tárcaközi vagy tárcák feletti képviseletéhez.

3. A neurózis helyzetéről készült elemzések arra a következtetésre vezettek, hogy a jelenlegi állapot javításában csak akkor lehetséges előrelépni, ha a *pszichiátriai ellátás* kapacitása belátható időn belül a maihoz képest *megduplázódik*. E kapacitásnövelés az egészségügyön belüli *átcsoportosítással*, extenzív fejlesztés nélkül, egyszersmind *a gazdasági ráfordítások tekintetében is hatékony* módon megoldható.

Az egészségügy rendelkezésére álló erőforrások célszerű elosztása mindig a lakosság szükségleteihez igazodik. Ezzel szemben a jelenlegi magyarországi helyzet egy korábbi, már felszámolódott megbetegedési struktúra kívánalmainak felel meg, ellátatlanul hagyva az új népbetegségekben szenvedőket. Ma jelentős mértékben a neurózis gyógyításában kellő szakértelemmel nem rendelkező, pszichiátrián kívüli orvosi szakterületeken folyik a neurotikusok ellátása, éspedig nagymérvű, de nem eléggé hatékony költségráfordítással, jelentős egészségügyi személyi és eszközállomány lekötésével. Ezt az amúgy is neuróziselátásra lekötött állományt kellene a szükséges szakértelemmel rendelkező pszichiátria kereteibe illeszteni. Az átcsoportosítás így csak *látszólag* csökkentené azoknak az orvosi szakterületeknek a kapacitását, amelyek munkaerőt és megfelelő számú férőhelyet adnának át a neurózisgyógyítás számára. Valójában viszonylagos kapacitásnövekedés állna elő náluk is, miután a neurotikusok szakszerű és gazdaságosabb kezeléséhez sokkal kevesebb betegágyat és eszközt kellene átirányítani, mint amennyit jelenleg más részlegeken elfoglalnak a betegek. A szükséges *átcsoportosítást* az említett felső szintű döntés nyomán lehet végrehajtani.

4. A megnövekedő pszichiátriai ellátás, főként a neurózisgyógyítás és az öngyilkosság-megelőzés, a válságelhárítás (krízisintervenció) fokozott *szakemberszükséglete* a képzést illetően is megfelelő döntéseket kíván. A pszichiátriai kapacitás megnövelése természetesen nem oldható meg egyik napról a másikra, így a szakemberek képzésére a szükséges idő rendelkezésre áll, jóllehet így is feszített munkatempóval kell a viszonylagos képzettségi és szakember-elégtelenséget csökkenteni.

A modern, sokágú, jól szervezett pszichiátriai részlegekben jellegzetes az az új körülmény, hogy a korábbiakkal szemben mind több *minőségi feladatot végezhetnek el jól képzett, egyetemi végzettség nélküli szakemberek*. A pszichiátriai szolgálatok jövendő segédterapeutái, kiegészítő gyógykezelői és szociális gondozói számára javasoljuk (egyelőre átmeneti jelleggel) az Orvostovábbképző Intézet, az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet és az Egészségügyi Főiskola által szervezendő továbbképző jellegű, munka melletti, tanfolyamos képzés megindítását, egy bizonyos oktatási próbaidő után pedig egészségügyi főiskolai képzésüket.

*Javasoljuk, hogy az Orvostovábbképző Intézet és az Egészségügyi Főiskola kapjon megbízást a kormányzattól* mentálhigiéniai profilú egészségügyi főiskolai képzés megtervezésére, kipróbálására és megindítására. Az ország négy orvostudományi egyeteme – különösen a budapesti Semmelweis Orvostudományi Egyetem – rendelkezik a megfelelő oktatói és tantermi kapacitással a főiskolai

oktatás lebonyolítására. Az orvostudományi egyetemeken nem folyik esti vagy levelező képzés: továbbá a budapesti egyetemen több hónapos, a gyakorlati és az oktatóhelyiségeket üresen hagyó, trimeszterszerű oktatás is folyik, sőt az újonnan felvett orvostanhallgatók száma ez évben még csökkent is.

5. A korábbi egységes ideg- és elmegyógyászat folyamatos differenciálódási folyamat hatására jórészt specializálódott, szakterületekre bomlott. Az idegrendszer szervi működészavarait kezelő neurológiáról levált a pszichiátria, mely az elmebetegségek, neurózisok és személyiségzavarok kezelésére hivatott. Ez a folyamat azonban korántsem fejeződött még be. A neurotikus megbetegedések kezelése nagyobbrészt változatlanul a neurológiai munkahelyek keretei között maradt, ahol a páciensek a neurózisgyógyítás korszerű, magas szintű szolgáltatásaihoz többnyire nem jutnak hozzá; szándéktalanul is másodrendűekké válnak, a munkahely fő profilján kívül esnek. Holott éppen ezek a kórformák igénylik leginkább a pszichológiai jellegű szemléleti és operatív megközelítést.

Ez utóbbi körülményt is figyelembe véve, *állást kell foglalni a pszichiátria és a neurológia szétválasztásának következetes végigvitele mellett.* Célszerűnek látszik a neuróziskezelés teljes körű, a gyakorlatban is végigvitt áttelepítése a pszichiátriához, természetesen a többi orvosi szakmához fűződő munkakapcsolatok és információcsere megtartásával. Elő kell segíteni a pszichiátria határozottabb, szervezetileg is megmutatkozó további belső differenciálását, vagyis az *önálló neurózis-szakellátás országos kiépítését.* A neurológiai rendelések, illetve a bennük rejlő munkakapacitás egy része neurózis-szakrendeléssé alakításának látszólag éppen az mond ellent, hogy kellő szakszerűséggel neurózisgyógyítás ezekben voltaképpen nem folyik. Ennek ellenére azt *javasoljuk, hogy az egészségügyi kormányzat alakítson részidős neurózis-szakrendeléseket mindazokon a munkahelyeken, ahol ténylegesen a súlyos neurotikusok tömeges kezelése folyik.* Ezek a munkahelyek az esetek többségében a rendelőintézetek neurológiai osztályai, más esetekben pedig az adott terület idegbeteg-gondozó intézete. Így egy jelenlegi neurológiai rendelőben a továbbiakban hivatalosan két rendelés működne: egy neurológiai és egy neurózisrendelés, melyeket nem egy esetben ugyanazok a személyek látnának el.

Az adminisztratív szétválasztás kezdetben több területen talán nem sok közvetlen változást eredményezne, bizonyos értelemben formalitásnak tűnhetne, ám megvethetné a színvonalasabb neuróziselllátás alapját, fokozatos fejlesztését. Ha kezdetben nem is lenne mód a *neurózis-szakterápia széles körű elterjedésére,* de legalább *megkerülhetetlen, adminisztratív értelemben is elvárt normává válnék,* s ennek talaján a tényleges megvalósításért folytatott küzdelem jobb lehetőségekkel számolhatna.

A járóbeteg-rendelések fejlesztése, kialakítása mellett lényeges feladat az önálló kórházi neurózisosztályok szervezése. Szükséges az is, hogy a szanatóriumi hálózat egy részét a mentális betegek ellátásának szolgálatába állítsuk. Az üdülők „holt szezonjai" is kihasználhatók lennének a pszichiátria segítésére.

A neuróziselllátás – minden viszonylagos autonómiája mellett is – funkcionálisan kapcsolódik a pszichiátriai intézmények rendszerének egyéb tagjaihoz. Ezért az alábbiakban a pszichiátriai szervezet fejlesztésére, illetve az optimális szervezeti struktúrákra is vázlatos javaslatot teszünk.

Egy, a jelenleginél működőképesebb pszichiátriai hálózat kb. 100 000–120 000 lakosra számítva (fővárosi viszonylatban hozzávetőlegesen egy-egy kerületre) egy 60–80 ágyas, heveny betegek felvételét ellátó osztállyal, ezen belül 6–10 ágyas intenzív részleggel, ugyancsak 6–10 ágyas kórházi jellegű krízisintervenciós részleggel, továbbá egy 100 ágyas idült betegek osztályával és egy ugyanilyen kapacitású szociális elmeotthonnal ellátva képes jó színvonalon megfelelni szerepének. A fentieken túl megyénként szükséges egy 60–80 ágyas gyermekpszichiátriai és egy 14–21 évesek részére szolgáló 60–80 ágyas ifjúságpszichiátriai osztály, továbbá egy 300–400 ágyas súlyos szellemi fogyatékosok otthona. Jelenleg a pszichiátria területén a kívánatos kapacitásnak csupán a fele áll rendelkezésre. Ez érinti mind a férőhelyek, mind a személyzet számát.

6. *A szuicidológiai szakellátás megteremtése,* az intézményhálózat kiépítése elodázhatatlan, sürgető feladat. Egyes kérdésekben, mint például a válsághelyzetbe jutottak számára létesítendő, támogatást nyújtó telefonszolgálatok, valamint a tömegszervezeti mozgalmak és más önkéntesek bevonása terén elvileg nincs akadálya a gyakorlati munka széles körben ható, azonnali intenzívebbé tételének. Más tekintetben azonban a konceptuális és módszertani problémák sokaságának megoldása várat magára.

Ilyen mindenekelőtt a *krízisintervenciós osztályok és rendelések* legkedvezőbb változatának kialakítása, az öngyilkossági kísérletek testi és pszichikus kezelése összehangolásának módja. E dilemmák lehetséges megoldási változatait szűkebb területen végzett módszertani kísérletek során kell kipróbálni. Javasoljuk ezért, hogy az ország egyik tapasztalt és kiépített, együttműködési hálózattal rendelkező szuicidológiai kutatási egysége, a tbz-főirány öngyilkosságot kutató munkacsoportjának közössége, mely már eddig is elvégezte különféle eljárások és modellek kipróbálását és összevetését, a jövőben *az egészségügyi kormányzat kiemelt támogatását* élvezve, *modellkísérletben* vizsgálhassa meg az *alternatív szuicidprevenciós eljárások hatékonyságát.*

A szuicidiumok elhárításának – különösen a hazai súlyos helyzetet is figyelembe véve – feltétlenül szüksége lenne egy *operatív és tudományos központra.* Erre a célra nagy betegforgalma, többirányú szuicidológiai profilja, sajátos hagyományai folytán különösen alkalmas kiindulópont lenne a Budapestet és vonzáskörzetét szuicidológiailag zömmel ellátó Korányi Frigyes és Sándor Kórház. Az öngyilkossági kísérletesek heveny egészségkárosodását (a mérgezéseket, valamint a sebzéseket és egyéb testi károsodásokat) ellátó osztály éppen úgy működik itt, mint krízisintervenciós osztály, telefon-elsősegélyszolgálat, továbbá pszichiátriai osztály. Az intézmény szerkezeti összetettsége, nagy betegforgalma és gazdag tapasztalata lehetővé teszi a komplex megelőzési és gyógyítási stratégia kialakítását. Nem jelentéktelen a Korányi Kórház hagyománya sem, hiszen ez az intézmény a hajdani Elizabetineumból nőtt ki, amelynek feladata és hivatása éppen a felduzzadó főváros legelesettebbjeinek gyógyítása, ápolása és gyámolítása volt. Kézenfekvőnek látszik, hogy eme hagyomány folytatásaként, korunk jellegzetes és viszonylagosan nagyszámú elesettjeinek, az önpusztítással próbálkozóknak gyógyítására és támogatására *a Korányi Frigyes és Sándor Kórház keretei között életre kelhetne egy modern szuicidológiai (öngyilkosság-elhárító) központ.*

7. Az utóbbi években megalakultak az első *krízisintervenciós, válságelhárító központok,* melyek világszerte egyértelműen a leghatékonyabb formának bizonyultak a szuicidium megelőzésére. A hatékonyabb prevenció céljából sok ilyen területi központra van szükség: ezeket a működő pszichiátriai osztályok és a neuróziselllátó munkahelyek kereteiben lehet reálisan elképzelni.

A modellkísérleteket és a most folyó tudományos kutatások tapasztalatait folyamatosan szükséges lesz beépíteni a kialakítandó intézmények szervezésébe és módszereibe. Határozottan állást kell foglalni a krízisintervenciós állomások széles körű és lehetőleg gyors munkába állítása mellett. Ha ugyanis csupán néhány ilyen munkahely létezik, akkor – túl azon, hogy a rászorulók tömegei nélkülözik az ellátást – az egészségügyben szokatlan, annak rendszerébe gyakorlatilag be nem tagolódó egységek lassú „profilcsúsztatással" eredeti céljaik megvalósításától messze kerülhetnek.

8. Halaszthatatlanul meg kell oldani, hogy az öngyilkosságveszélyt jelentő heveny érzelmi és indulati válságba kerültek névtelenül bárhonnan igénybe vehessék *a pszichológiai támogatást nyújtó telefonszolgálatot.* El kell érni, hogy az ország minden *távhívásba bekapcsolt* telefonjáról minden időben felhívható legyen (szükség szerint névtelenül is) egy segítséget nyújtó szolgálat.

Ahol és amennyiben az egészségügyön belül ez nem szervezhető meg, *ott és annyiban önkéntesekre,* emberbaráti és karitatív indítékból vállalkozókra kell ezt a tevékenységet bízni. Képzésük, továbbképzésük, módszertani és lélektani felkészítésük és felügyeletük megszervezhető. A *posta műszaki szolgálata* bizonyára képes biztosítani, hogy az ilyen munkára önként, érdemi anyagi haszon reménye nélkül vállalkozók ezt a munkát – különösen vidéken – esetleg *saját lakásukon* végezzék. Így sok újabb helyiséget, költséges beruházást is meg lehetne takarítani. Úgy ítélhető, hogy *egy körzetszámon belül tíz személy* – részben társadalmi munkában, s mint az előbb jeleztük, esetleg az otthonában – el tudná látni ezt a feladatot, ha a segélyszolgálat számát a telefonközpont képes lesz szükség szerint változó helyekre kapcsolni. Egy ilyen telefonhívásnak nem kell feltétlenül ingyenesnek lennie. A térítést illetően összetett megoldásokat is lehet találni.

*Javasoljuk, hogy az illetékes főhatóságok kapjanak megbízást a telefonszolgálati hálózat megszervezésére.*

9. Az öngyilkosság által veszélyeztetettek kezelésében, támogatásában a jövőben nagyobb teret kell adni minden *emberbaráti* jellegű kezdeményezésnek. Ez nem csupán a nehezebb gazdasági helyzet következményeként kívánatos, hanem e területek elszemélytelenedett kezelésmódjának visszaszorítása céljából is. Fontos, hogy a szuicid válsághelyzetekkel küszködők újraszocializálásában, adaptív viselkedésformákhoz segítésében a *különféle világnézeti és értékszemléleti* alapon létrejött emberbaráti indíttatású *közösségek* (egyebek között egyházi közösségek is) egyaránt részt vegyenek, éspedig a saját tagjaik vagy követőik részére akár speciális formákban, saját körükön és szemléleti rendszerükön belül is. A kívülállók, vagyis bárki számára – éppen emberbaráti, segítő szándékaiktól vezettetve – megfelelő *szervezeti keretekben* lehet erre módot találni. Ilyen szervezeti keret leginkább a *Magyar Vöröskereszt* lehetne.

10. Javasoljuk, hogy a megfelelő állami szervek forduljanak a *Magyar Vörös-*

*kereszt* vezetőségéhez azzal a kéréssel, hogy az öngyilkosság-megelőzés önkéntes társadalmi hátterének és a társadalmi munkások bázisának megteremtése céljából hozzon létre *válságelhárító munkabizottságokat.* E munkabizottságok *feladata elsősorban az önkéntes telefonszolgálat* biztosítása lenne. A felkészítést a tbz visszaszorításával és kutatásával foglalkozó szakembereknek kell biztosítaniuk, különösen a Magyar Pszichiátriai Társaság Szuicidológiai Munkabizottságának és az ezen belül működő telefon elsősegélyszolgálatnak.

11. *Az öngyilkosságot célzó cselekvések következményei esetenként csökkenthetőek a felhasználásra kerülő eszközök hozzáférhetetlenné tételével,* illetve a mérgező anyagok *hatékonyságának, felszívódó képességének korlátozásával is.* Szükség lenne a rendkívül elterjedt, sok halálesetet és még több súlyos testi károsodást okozó öngyilkossági célzatú mérgezésekre felhasznált gyógyszerek és vegyszerek hatóképességének visszaszorítására. Javasoljuk ezért, hogy a gyógyszeripart felügyelő főhatóság vizsgálja meg annak lehetőségét, hogy az altató- és nyugtatószerekhez tablettázható-e a szuicidprevenció szempontjából hatékony kis mennyiségű hánytatószer, valamint azt, hogy kínálkoznak-e egyéb kémiai, gyártástechnológiai lehetőségek a gyógyszerekkel való öngyilkossági visszaélés veszélyeinek korlátozására.

**Javaslatok a kriminális beilleszkedési zavarok visszaszorítására**

E javaslatokkal kapcsolatban felhívjuk a figyelmet néhány olyan körülményre, amely lényeges eltérést mutat a kriminalitás és az egyéb beilleszkedési zavarok kezelésében, megelőzésében.

*a)* A bűnözés megelőzésére, a bűn üldözésére, a bűntettesek kezelésére hagyományosan kialakult szervek, szervezetek (rendőrség, ügyészség, bíróság, büntetés-végrehajtás) rendeltetésszerű feladata a bűnözés elleni küzdelem. Más beilleszkedési zavarok esetében ilyen intézmények általában nincsenek, vagy legalábbis nem ez az alapvető feladatuk. A bűnözéssel foglalkozó hatóságok napi tevékenységük körében, a gyakorlat kényszerítő erejének hatására folyamatos elemzéseket végeznek, új és új intézkedéseket dolgoznak ki és alkalmaznak hatékonyságuk növelése érdekében. E téren tehát nehéz teljesen új javaslatokat tenni, hiszen a problémák nagy részét a bűnüldöző és az igazságügyi szervek folyamatosan megismerik, és azokkal szükségszerűen foglalkoznak.

*b)* A bűnüldöző és igazságügyi szervek tevékenységét különböző törvények és egyéb jogszabályok pontosan szabályozzák. Ezek a jogszabályok viszonylag újak (3–4 éve léptek hatályba), így lényeges módosításukra a jelenlegi ismeretek alapján aligha kerülhet sor. A javaslatok csupán arra irányulhatnak, hogy a jogszabályi keretek között növeljék a gyakorlati tevékenység hatékonyságát.

A bűnmegelőzési tevékenységet azonban jelenleg nem szabályozzák átfogó rendelkezések; ezen a területen indokoltnak látszik új jogszabály alkotása.

*c)* A beilleszkedési zavarok korlátozására hivatott társadalmi megelőzés és annak szervezete – amelyről az előbbi fejezetekben szóltunk – értelemszerűen a bűnözésre is kiterjed. A bűnüldöző és az igazságszolgáltatási szervek bűnmegelőzése ennek a nagyobb egységnek az egyik „alrendszere", azzal párhuzamosan, annak kiegészítéseként, de attól szervezetileg elkülönülten működik. Ezt az

önállóságot nagymértékben indokolja, hogy ez esetben markánsan eltérő tényezők jellemzik a megelőzés módjait, szemléletét, eszköztárát, alanyait és intézményeit. A szélesebb körű társadalmi megelőzés során először még nem speciális rendeltetésű bűnüldöző hatóság lép közbe a szociális-lelki támogatás különböző formáival, ez a segítő szándékú közbelépés nem történhet rendőrhatósági kényszerintézkedés formájában.

A rendőri megelőzés gyakorlatát elsősorban a bűncselekmények elkövetési lehetőségeinek feltárása, korlátozása, a várható támadás objektumainak felügyelete, a tettesek felderítése és a nyilvántartott bűnözők ellenőrzése jelenti. Ez a terület, s annak az alábbi javaslatokban szereplő intézményrendszere több szálon kapcsolódik más társadalmi és állami szervek tevékenységéhez. A társadalmi megelőzés szervezetéhez (pl. a családgondozó állomáshoz) oly módon kapcsolódik, hogy közvetlenül észleli (pl. körzeti megbízott révén) az antiszociális sodródású fiatalokat, a veszélyeztetett és veszélyeztető családokat. Így azok e jelzések alapján és a szükséges gondozó-megelőző intézkedésekkel még letéríthetők a bűnözés felé vezető útról. Az együttműködés folyamatosan megvalósulhat úgy is, hogy a bűnmegelőzés különböző szintjein tervezett bizottságok („közbiztonsági bizottság") munkájában a társadalmi megelőzés más területén működő szakemberek is részt vesznek.

Közös érdekű határterületnek tekinthető az utógondozás, a pártfogói felügyelet és a büntetés-végrehajtás nevelő, gyógyító tevékenysége. Ezekben az esetekben szigorúbb törvényes megkötések keretében folyik a támogató, segítő és nevelő szándékú megelőzés, amelynek végső célja a visszaesés elkerülése.

A fentiekből következően, bizonyos prioritásokat figyelembe véve, az alábbiakat javasoljuk:

1. Tovább nem halasztható egy olyan, a bűnözés megelőzésével foglalkozó, *magas szintű jogszabály megalkotása,* amely az alapvető megelőzési feladatokat, a közreműködés módját, a közreműködők jogait, kötelességeit, az esetleges szankciókat szabályozza, illetve a szükséges jogi alapokat és kereteket biztosítja egy átfogó megelőzési rendszer kiépítéséhez.

2. Elkerülhetetlenül szükséges egy olyan *irányító, koordináló központ* létrehozása az illetékes miniszterelnök-helyettes vezetésével, amely kijelöli és ellenőrzi a rövid- és hosszabb távú megelőzési, illetve általában a bűnözés elleni küzdelem feladatait.

A koordináló központ tagjai lennének a bűnüldöző és igazságügyi főhatóságok vezetői, az egyéb beilleszkedési zavarok kezelésével foglalkozó főhatóságok vezetői, az érdekelt társadalmi és egyéb szervek képviselői, valamint a tudományok néhány képviselője. A koordinálással kapcsolatban célszerű rendezni a bűnmegelőzéssel kapcsolatos ágazati felelősséget.

A koordináló központ kiépíti területi operatív egységeit is. Célszerű ezért megvizsgálni, hogy nem volna-e hasznos a társadalmi közreműködés biztosítása, a bűnmegelőzési intézkedések összehangolása érdekében a tanácsok mellett létrehozni állandó bűnmegelőző bizottságokat („közbiztonsági bizottság"), „bűnmegelőzési bizottság" vagy „társadalmi bűnmegelőzési tanács" néven). Ilyen bizottságok több szocialista országban eredményesen működnek és al-

kalmasnak látszanak arra, hogy a tanácsokat mint a helyi államhatalmi szerveket bevonják a bűnmegelőzésbe.

3. A feladatok mind bonyolultabbá válása elkerülhetetlenné teszi egy olyan egységes *megelőzési koncepció* kialakítását, amely tartalmazza a közép- és hosszabb távú célkitűzéseket, s amely alapja lehet a megfelelő, célra irányzott koordinációnak is. A koncepció kialakításánál alapul vehetők az e fejezetben részletezett javaslataink is.

4. Az átfogó megelőzési stratégiának megfelelően *összhangba kell hozni a rendőri munka koncepcióját* a család-, a gyermek- és ifjúságvédelemmel, az oktatási és nevelési intézmények, valamint a társadalmi szervek munkájával. E továbbfejlesztés gyakorlati lehetőségei az alábbi területeken fogalmazhatók meg:

– *a szervezeti rendszer módosítása* (pl. az ifjúságvédelmi osztályok megerősítése, szakelőadók alkalmazása és képzése, a szakágak felelősségi prioritásának megállapítása, a körzeti megbízottak szerepének kiemelése);

– *a tevékenység célszerűségének fokozása* (pl. a gyermekek kárára elkövetett bűncselekmények kiemelt kezelése, az antiszociális csoportosulások ellenőrzése, a fiatalkorúakat védő, főleg az alkoholfogyasztást tiltó jogszabályok betartásának számonkérése, csavargó gyermekek, volt állami gondozottak felkutatása);

– *a feladatköröknek a veszélyeztetettség jelzésére történő kiszélesítése* (pl. ha a felnőtt korú elkövető elleni eljárás során napvilágra került a nevelt kiskorú kritikus élethelyzete, ha tudomásra jut, hogy felnőttek gyermekkorúakat bűncselekmény elkövetésére vagy kábítószer-fogyasztásra kívánnak rábeszélni).

5. *Az antiszociális fiatalok szervezett nevelésében határozottan előre kell lépnünk.* A gyermek- és fiatalkorú bűnelkövetőkkel elsősorban a rendőrség, a gyermek- és ifjúságvédelem, a bíróság, az ügyészség és a büntetés-végrehajtás találkozik. Az ún. gondozóhálózatok kevésbé foglalkoznak velük, hiszen azok olyan problematikus kiskorúakat kezelnek, akiknek a szülei aktívan keresik a „gyógyítás" lehetőségeit. A bűncselekményt elkövetett fiatalok lényegében kényszer útján kerülnek a javító-nevelő intézményekbe. A mai gyakorlat az, hogy miután az ítélkezés dekriminalizáló törekvése a fiatalok vonatkozásában érvényesül leginkább, a bíróság a maga részéről csak a legsúlyosabb bűncselekmények elkövetőit utalja ezekbe az intézetekbe. A személyiségükben leginkább sérült bűnelkövetők az ott levő, kriminalitásra egyébként is fogékony gyermekek számára a viselkedés mintáját és a bűnözés ideológiáját nyújtják, szükségszerűen belesodorják a társadalmi beilleszkedési zavarokba. Ennek következtében „fertőzésszerűen" szaporodnak a deviáns sodródású életutak. Jelenleg tehát az antiszociális fiatalokkal foglalkozó intézkedés- és kezelőrendszer maga is „termeli" a bűnözést.

E funkcióhibák korrigálására:

– szükséges olyan javító-nevelő eljárásrendszert kidolgozni, amely – személyiségállapotának megfelelően – elegendő ideig, differenciáltan kezeli a fiatalt;

– ezzel összhangban fejleszteni kell a nálunk súlyosan elhanyagolt kriminálpedagógiát, mivel jelentős pszichológiai ismereteink ellenére az átnevelés metodikája kidolgozatlan;

– elképzelhető, hogy már a bírósági szakban olyan döntést előkészítő vizs-

gálatra kerüljön sor, amelynek alapján a személyiség állapotának megfelelő típusú nevelőintézetbe, nevelés céljára telepített, szakirányítással működő lakásotthonba vagy munkásszállásra küldhető a fiatal;

– ezek az intézeti típusok ne szigorúság szerinti fokozatokat reprezentáljanak (a javító-neveléshez nem fűződhet retorziós szándék), hanem a személyiségzavar jellegzetességének feleljenek meg;

– megoldható, hogy a központi nevelőotthonok támogató bázisául szolgáljanak a munkahelyre telepített kicsiny, 4–5 fős csoportoknak, amelyekben a nevelés – személyessége és a társadalmi ellenőrzés kifejezettsége miatt is – hatékonyabban folyhat.

6. *A pártfogói felügyeleti intézmény* a jelenlegi mostoha körülményei ellenére is eredményeket tud felmutatni. Ezért mindenképpen szükséges a hálózat megerősítése és továbbfejlesztése.

Fiatalkorúak esetében kötelező a pártfogói felügyelet alkalmazása a próbára bocsátás, a felfüggesztett szabadságvesztés, a feltételes szabadságra bocsátás és a javítóintézetből történő ideiglenes elbocsátás alkalmával. Felnőtteknél elrendelhető, illetve kötelező a pártfogói felügyelet a próbára bocsátás, a feltételes szabadságra bocsátás, az utógondozás, illetve a szigorított őrizetből történő végleges és ideiglenes elbocsátás esetén. Ez az intézmény a felsorolt intézkedések hatékonyságát kívánja fokozni; igyekszik pótolni, helyreállítani az elítélt társadalmi kapcsolatrendszerét (segítéssel, személyes támogatással, ellenőrzéssel), mert csak így oldható meg sikeres visszailleszkedése a társadalmi élet normális menetébe. Igen fontos jogintézményről van tehát szó, mely elősegíti azt az ítélkezési tendenciát, hogy minél nagyobb számban alkalmazzanak szabadságelvonás nélküli büntetéseket. A gyakorlati munka során figyelembe kell venni a rendőrség ama igényét, hogy az egyes személyek ellenőrzésére irányuló tevékenységét összhangba kívánja hozni a pártfogói felügyelettel.

A hálózat fejlesztése során növelni kell a hivatásos pártfogók számát (felnőttek esetében jelenleg kb. 85 fő) és csökkenteni adminisztrációs terhelésüket, hogy irányító, ellenőrző tevékenységük jobban érvényesülhessen. (Főleg vidéken biztosítani kell közlekedési lehetőségeiket.) Másrészt jelentősen emelni kell a társadalmi pártfogók számát (felnőttek esetében kb. 3050 fő).

A pártfogói tevékenység bonyolultsága (speciális jogi, pedagógiai, szociológiai, pszichológiai ismereteket és bizonyos élettapasztalatot, emberismeretet feltételez) igényli a hivatásos és társadalmi pártfogók képzésének, továbbképzésének megszervezését. Ennek fontosságát a külföldi példák is megfelelően alátámasztják.

Indokoltnak látszik a pártfogói felügyelők testületének létrehozása, amely a pártfogó tevékenységet szakmává minősítené, társadalmi presztízsét emelné, keretet biztosítana a képzésnek, és elősegítené a megfelelő társadalmi pártfogók kiválasztását.

7. *Jelentősen ki kell szélesíteni az utógondozási tevékenységet.* E tekintetben különösen két probléma megoldására kell törekedni: a megfelelő foglalkoztatásra, illetve a lakáslehetőség biztosítására.

A megfelelő foglalkoztatásra jelentős kezdeményezések vannak. Az Igazságügyi Minisztérium több nagy vállalattal szerződést kötött a szabadságvesztés-

ből szabadultak foglalkoztatására. E gyakorlat további kiszélesítésébe a közép- és kisebb vállalatokat is kívánatos bevonni, hogy a lakóhelyhez közelebb is lehetőség nyíljék a foglalkoztatásra.

A lakás biztosítása rendkívül bonyolult probléma. A nagyvállalatoknál történő alkalmazás esetén ugyan részben megoldott, elsősorban a munkásszállás biztosításával, egyébként azonban nem. Keresni kellene a probléma átfogó rendezésének módjait. Amíg ugyanis a megfelelő lakhatást nem biztosítjuk a szabadultak részére, az utógondozás során szükséges felügyelet, ellenőrzés sem biztosítható kellő hatékonysággal.

8. Rendezni kell az *igazságügyi pszichológiai szakértés* ügyét. Jelenleg a pszichológus szakértői tevékenysége nem intézményesített. Az Igazságügyi Minisztérium felügyelete alatt működő orvosszakértői intézetekben évente 1500–2000 szakértés történik büntető, kártérítési és főként családjogi perekben. A kijelölt szakértők tevékenységének számszerű adatait viszont nem is ismerjük; válóperekben, gyermekelhelyezési perekben valószínűleg igen magas számban szerepelnek. Különböző vizsgálatok alapján megállapítható (pl. Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet, Rendőrtiszti Főiskola), hogy a munka egyenetlen, a kompetenciahatárok nem egyértelműen rögzítettek (bár az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet „Az igazságügyi pszichológusszakértők működéséről és tevékenységéről" című módszertani levele sokat javított a helyzeten). Abból a célból, hogy más szakértői tevékenységhez hasonlóan egységes szemléletű, szakmailag megbízható és ellenőrzött vélemények készüljenek, szükségesnek látjuk, hogy az igazságügyi feladatok megoldására felkért pszichológusok *igazságügyi szakpszichológusi diplomát* szerezhessenek. Az Orvostovábbképző Intézet Pszichiátriai és Klinikai-pszichológiai Tanszékén folyó klinikus szakpszichológus posztgraduális képzés keretében a kérdés megoldható. Az intézményesítés céljából javasolható egy önálló Igazságügyi Pszichológus Iroda megszervezése is.

9. *Egyéb általános jellegű javaslatok.*

– Meg kell tartani a tettarányos büntetési koncepciót, amely a kevésbé kriminalizáló ítélkezési formák és ítéletek alkalmazásával messzemenően figyelembe veszi a vádlott személyiségét, személyes körülményeit is. Határozottan tovább kell lépni a dekriminalizálásban a negatív minősítést és a megbélyegzést elkerülő intézkedések körének szélesítésével.

– Az ítélkezés gyakorlatában követnünk érdemes azt a világszerte érvényesülő büntetőpolitikai törekvést, hogy amennyire csak lehetséges, ne kerüljön sor szabadságvesztéssel járó büntetésre; próbáljunk találni olyan szankcionáló formákat, amelyek nem járnak szabadságelvonással; igyekezzünk megtartani az elítéltek reedukációjának, reszocializációjának lehetőségét; csökkentsük a rövid tartamú büntetések kiszabásának számát. Meg kell azonban említenünk, hogy a szabadságelvonással járó büntetési nemek túlzott csökkentése nem minden országban igazolta az intézkedésekhez fűzött reményeket.

– Felül kell viszont vizsgálni a rendőrhatósági vagy tanácsi elbírálás alá vont szabálysértések igazgatási jogkörben történő elbírálását; ehelyett javasolható sommás vagy egyszerűsített eljárási formában a kihágási bíráskodás visszaállítása.

– Megfontolandó, hogy a javasolt kihágási bíróság, illetve a jelenleg illetékes szabálysértési hatóságok által alkalmazható szankciók közül a szabadságvesztéssel járókat mellőzzük, és esetleg felváltsuk őket kényszerrel is támogatott közhasznú tevékenységekkel. (Pl. abban az esetben, ha az alkalmi garázda nem fizeti meg a büntetést, ezt ne rövid tartamú szabadságvesztésre változtassák át, hanem akár az éves szabadsága terhére – mondjuk – parkápolást végezzen).

– A halálbüntetés kiszabásának kérdésében a nemzetközi joggyakorlat rendkívül eltérő. Egységes álláspont nem alakult ki még az ENSZ illetékes fórumain sem. Megítélésünk szerint csak hosszú távú elképzelésként támogatható a halálbüntetés eltörlésére való törekvés.

– Elő kell segíteni a bűnmegelőzési szempontok érvényesítését a település-, lakás-, üzlet-, raktár-, üzemtervezés és -építés során.

– Meg kell szervezni a lakosság és a társadalmi szervek aktív bevonását egyes kisebb lakóterületeken folyó konkrét bűnmegelőzési tevékenységbe (pl. őrjárat nyaralókörzetekben).

– Terjeszteni és propagálni kell a bűncselekmények elkövetését korlátozó eszközöket (pl. biztonsági zárak, riasztóberendezések, folyamatosan ellenőrizni kell a biztonságtechnikai eszközök rendeltetésszerű alkalmazását), megfelelő jogszabályi úton is elő kell segíteni ezen eszközök alkalmazását mind közületeknél, mind magánszemélyeknél.

10. *Sajátos kriminológiai problémát okozó csoportok bűnözésének megelőzése.*

– Speciális intézkedések szükségesek a társadalom perifériáján élő, lakással, családdal és gyakran munkahellyel sem rendelkező személyek társadalmi beilleszkedésének elősegítése érdekében. Ezekkel szemben a jogi intézkedések (büntető vagy szabálysértési eljárás), illetve az igazgatásrendészeti kényszerintézkedések (rendőri felügyelet, kitiltás) nem vezethetnek kellő eredményre. Lakásproblémájuk megoldása érdekében célszerű lenne az *átmeneti otthonok,* intézmények kibővítése; ezzel megszüntethető lenne a pályaudvarokon és egyéb nyilvános helyeken történő éjszakázásuk. Az átmeneti otthonokban való elhelyezést függővé lehetne tenni elhelyezkedésüktől állandó vagy ideiglenes munkahelyen.

– A cigánylakosság társadalmi beilleszkedésének komplex témakörében nagyobb súlyt kell helyezni a *cigányok bűnözésének megelőzésére.* A tapasztalatok szerint a társadalmi beilleszkedés elsősorban a bűnöző cigányoknál lassú vagy megoldhatatlan. A különféle kereskedői és gyűjtő iparigazolványok kiadásánál körültekintőbben kell eljárni. Ilyen engedélyt csak feddhetetlen előéletű, becsületes munkát végző személyek kapjanak.

Nagyobb szerepet kell biztosítani a cigánylakosság körében az önkormányzati tevékenységnek. Az ún. cigánytelepeken lakó személyek közül választani kell egy olyan bizottságot, amelyik felelősséggel tartozik a telepen levő helyzetért, a gyermekek iskolába járásáért, a munkaképes személyek munkavállalásáért, és beleszólhat abba is, hogy az arra érdemesek részesüljenek lakásjuttatásban. Növelni kell a cigány származású önkéntes rendőrök számát is azokon a helyeken, ahol erre a feltételek megérettek.

– A társadalmi beilleszkedési zavarok kutatási célkitűzéseiből hiányzik a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos helyzet önálló vizsgálata. Ennek fő oka

az, hogy hazánkban jelenleg a felnőttkorúak kábítószer-élvezete nem számottevő, társadalmi problémát elsősorban a fiatalkorúak körében jelent. Figyelembe kell azonban venni két tényezőt:

– A pszichotrop gyógyszerek élvezőinek további bővülése várható, elsősorban a fiatalok körében. Anélkül, hogy az intézkedésekkel felhívnánk a figyelmet erre a körülményre, szigorú rendelkezések szükségesek terjedésük megelőzésére.

– A hazai kábítószer-fogyasztás elterjedésének hiánya arra is visszavezethető, hogy a kábítószercsempészek jelenleg nem érdeklődnek a magyar, illetve a szocialista országok piaca iránt. Ennek fő oka, hogy a szocialista országok valutái, közöttük a forint, nem konvertibilis. Abban az esetben azonban, ha a forint a világ bármelyik országában beváltható lesz, az érdekeltség megváltozik, és számolni kell azzal, hogy a kábítószer terjesztése Magyarországon is megindulhat. Éppen ezért a szükséges intézkedéseket ennek megakadályozása érdekében időben meg kell tenni.

11. *Javaslatok a bűnüldözés (rendőrség) szerveinek.*

A rendőrség az eredményes és hatékony bűnüldözéssel, a nyomozással, a nyomozások eredményességének fokozása révén fejtheti ki leghatékonyabban megelőző szerepét.

A szorosabb értelemben vett bűnmegelőzés érdekében:

– A közbiztonsági és közrendvédelmi szolgálat közterület- és objektumvédelmi, ellenőrzési és állandó felügyeleti tevékenységét fokozni kell a potenciális elkövetők visszaszorítására, éspedig elsősorban az elkövetési alkalmak és lehetőségek ellenőrzése útján, valamint a bűncselekmények megszakítása révén.

– A bűnüldözést integrált rendszerű nyomozásszervezéssel, a központi adatbankok és nyilvántartási rendszerek gépesítésével és a helyi szervekhez való gyors eljuttatásával, az egységes bűnügyi információs rendszer kidolgozásával kell hatékonyabbá tenni.

– Nagy gondot kell fordítani a már nyilvántartásban szereplő elkövetői kör rendőrhatósági ellenőrzésére, a nyilvántartásrendszer állandó felfrissítésére és korszerűsítésére.

– Meg kell gátolni az erőszakos bűncselekmények terjedését, mivel ezek közbiztonsági szempontból fokozott jelentőségűek, az állampolgárokat különösen érzékenyen érintik.

– Felül kell vizsgálni és hatékonyabbá tenni a bűncselekmények közvetlen okainak és elősegítő körülményeinek a feltárását, jelzését és megszüntetését célzó tevékenységet; általánossá kell tenni a visszajelzést (szignalizáció) a bűncselekmények valamennyi típusában; jobban kell ellenőrizni a javasolt intézkedések végrehajtását, valamint pontosabban kell kidolgozni ennek a tevékenységnek a jogi és kriminalisztikai szabályait. Az okok, körülmények feltárásának nagy szerepe van a speciális prevenció szempontjából is.

– További lehetőségeket kell keresni a hatékonyabb bűnüldözés és megelőzés érdekében a társadalmi erők és az állampolgárok fokozottabb közreműködésének biztosítására, egyebek között a magánindítvány bővítésével.

– Fejleszteni kell a bűnmegelőzési propagandatevékenységet; ki kell dol-

gozni ennek társadalmi rétegek szerint szakosított metodikáját; fokozni kell a rendőrségi bűnmegelőzési tanácsadást.

– Tananyagot kell készíteni, és ennek alapján meg kell szervezni a bűnmegelőzéshez szükséges konkrét ismeretek oktatását a rendőrség és a többi érdekelt állami, társadalmi szerv személyi állománya részére.

12. *Javaslatok az ügyészségeknek.*

– Átfogóbbá kell tenni a nyomozások felügyeletét, különösen az ismeretlen tetteses nyomozások körében. Ki kell dolgozni ehhez a megfelelő módszereket és felügyeleti eszközöket.

– Fokozni kell a felügyeletet a bűncselekmények közvetlen okainak feltárásában és megszüntetésében, a visszajelzések és a javasolt intézkedések végrehajtásának ellenőrzése terén.

– Mérlegelni kell a területi szintű bűnüldözési operatív értekezletek lehetőségeit a megelőzést célzó intézkedések kidolgozásában, koordinálásában, végrehajtásuk ellenőrzésében.

– Meg kell vizsgálni azokat a lehetőségeket, amelyek kiszélesíthetik, hatékonyabbá tehetik az egyéb ügyészségi felügyeleti ágak megállapításainak, tapasztalatainak hasznosítását a bűnözés elleni küzdelemben, s ki kell dolgozni az ehhez szükséges módszereket.

13. *Javaslatok a bíróságoknak.*

– Az új törvényi lehetőségek optimális kihasználásával fokozni kell a hatékonyság növelését célzó erőfeszítéseket.

– Indokolt a pártfogói felügyelet rendszerének erősítése, továbbfejlesztése (l. feljebb).

– Fejleszteni kell az utógondozás rendszerét (l. feljebb).

– Indokolt az igazságügyi és bűnüldöző szervek tevékenységének fokozottabb koordinálása.

14. *Javaslatok a büntetés-végrehajtás szervezetének.*

– A büntetés-végrehajtás szervezetét úgy kell továbbfejleszteni, hogy jobban segítse elő az elítéltek nevelését. A nevelési és az őrszolgálat együttműködése mellett további szolgálati ágakat lehet bekapcsolni a nevelés folyamatába, így pl. a munkáltatókat. Célszerűnek látszik, hogy az elítéltek nevelését ne egy személy, hanem szakemberek csoportja irányítsa. Ebben több szolgálati ág képviseltesse magát, a nevelés, az őrség és a munkáltató mindenképpen, de szükség esetén az orvos és a pszichológus is.

– További lehetőséget kell feltárni az elítéltek fokozaton belüli differenciálásának gyakorlati megvalósítására. Erőfeszítéseket kell tenni egy olyan pszichológiai vizsgálati eljárás kidolgozására, amelynek segítségével az elítéltek különböző csoportokba sorolhatók, így személyiségállapotuknak megfelelő speciális bánásmódban és nevelési eljárásban részesülhetnek.

– A börtönártalmak ellensúlyozására és az antiszociális értékrend kialakulásának megakadályozására bátrabban kell alkalmazni az elítéltek öntevékeny szervezeteit. Fokozottan ügyelni kell továbbá arra, hogy a börtönfokozatban ne kerüljenek össze az első bűntettesek és a többszörös visszaesők.

– A gyógyító-nevelő csoportokban növelni kell a személyiségzavarban szenvedő elítéltek arányát, hiszen egy-egy ilyen elítélt egy egész büntetés-végrehaj-

tási intézet életét megkeserítheti, akadályozva a büntetés-végrehajtási munka eredményes végzését. A gyógyító-nevelő csoportokban – megfelelő szakemberek segítségével – nagyobb lehetőség nyílik a gyógyításra, az alkalmazkodási képesség növelésére.

– A nevelő munka eredményességének fokozása érdekében az eddiginél nagyobb és folyamatos lehetőséget kell biztosítani a nevelési folyamatban részt vevő szakemberek pedagógiai és pszichológiai továbbképzésére.

**Javaslatok az alkoholizmus gyógyítására és visszaszorítására**

Az alkoholizmus korlátozásának egyik területe a kifejlődését elősegítő okok visszaszorítása. Ez az *elsődleges prevenció.*

Az alkoholizmus okai között vannak olyan általános tényezők, amelyek minden társadalmi beilleszkedési zavarnál előfordulnak, és vannak speciális tényezők, amelyek kifejezetten az alkoholizmus kialakulásához vezethetnek. Az általános tényezők nem kezelhetők sajátosan az alkoholizmusra irányuló intézkedésekkel és akciókkal, ezért nem ebben, hanem a megelőző két fejezetben tárgyaltuk azokat.

Az alkoholizmushoz vezető *speciális tényezők* a következők:

– a szeszes italokhoz való hozzáférés lehetőségei;

– az ellenőrzés szigorúsága;

– a szeszesital-fogyasztást általában és különösen az élet feszült helyzeteiben pártoló vagy legalábbis elnéző kulturális szokások.

A speciális tényezők e két fő csoportjára – a nemzetközi tapasztalatok szerint – egyszerre kell hatni, bár vannak olyan szakemberek, akik az egyik vagy másik tényezőcsoport befolyását tartják fontosabbnak, „kifizetődőbbnek".

A *szeszes italokhoz való hozzáférés* szabályozásának nagyobb lehetőségei vannak, mint az eszközökhöz való hozzájutás korlátozásának más társadalmi beilleszkedési zavarok esetében. Bűncselekmények elkövetéséhez vagy nem kell eszköz, vagy olyan eszköz szükséges, amelynek hozzáférhetőségét nem lehet korlátozni; szinte lehetetlen az öngyilkosság elkövetésének eszközeit korlátozni; a mentális betegségekhez nem szükséges eszköz.

Ezzel szemben az alkoholizmus nem alakulhat ki szeszes ital fogyasztása, mégpedig jelentős mennyiségű alkohol *tartós fogyasztása* nélkül. Mivel az alkoholizmus gyógyítására tett jelentős erőfeszítések ellenére az alkoholizmus terjedt, az elmúlt években több országban visszatértek a kínálat korlátozásához, mint az egyik szükséges – és számos kutatás, tapasztalat szerint hatékony – eszközhöz. Szükségesnek látszik, hogy Magyarországon is az eddiginél sokkal erőteljesebben folyamodjunk ehhez az eszközhöz. Célul azt kellene kitűzni, hogy *az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás növekedése álljon meg, hosszabb távon pedig csökkenjen a jelenlegi szint alá.*

Ennek érdekében el kell fogadni azt a szemléletet, hogy a szeszes italokat az élelmiszerektől és a többi élvezeti cikkektől eltérően, „veszélyes" fogyasztási cikként kezeljük. Ezért ebben az esetben nem a kereslet kielégítésére, hanem a kínálat korlátozására kell törekedni.

A kínálatban a következő korlátozó intézkedések képzelhetők el:

– A szeszes italok árának emelkedése tartson lépést a nominális jövedelmek emelkedésével (ne csak az áremelkedéssel), ennek érdekében évente-kétévente vizsgálják felül az árakat, és megfelelően emeljék azokat.

– Az égetett szeszes italok és a nagyobb alkoholtartalmú borok árának a többi szeszes italénál erősebb emelése elősegítheti, hogy a fogyasztás a kevésbé erős italfajtákra irányuljon.

– Meg lehet szabni a megadott lakosságszámra jutó maximális kereskedelmi és vendéglátóipari szeszesital-árusító helyek számának normáját, és e normán felül nem kell italárusítási engedélyeket kiadni.

– Korlátozni kell azoknak a kereskedelmi elárusítóhely-típusoknak a számát, ahol szeszes italt lehet árusítani. Így elsősorban húsboltokban, zöldség- és gyümölcselárusító helyeken, édességboltokban meg lehet tiltani az árusítást.

– Mivel az önkiszolgáló árusítás keretében a vevők több szeszes italt hajlamosak vásárolni, erősen korlátozni lehet az ilyen helyeken kapható italfajtákat (például égetett szeszes italokat nem árusítani).

– Hosszabb távon célszerű lenne a skandináv rendszerű speciális szeszesital-árusító bolthálózatot létrehozni, amely kizárólag foglalkozna a szeszes italoknak (vagy átmenetileg csak az égetett szeszes italoknak) az árusításával.

– Ki lehet terjeszteni a „védett területeket", ahol a szeszes italok árusítása tilos, mint az iskolák, kórházak, országutak melletti elárusítóhelyek és vendéglátóipari egységek, pályaudvarok, maga a vasút (a kocsikon utazás közben), a hajóközlekedés, a sportrendezvények és sportklubok.

– Általános érvényre lehet emelni a számos tanácsrendeletben már rögzített közterületi italfogyasztási tilalmat.

– Ki lehet terjeszteni a szeszesital-árusítási tilalom óráit, szigorúan ellenőrizve a tilalom betartását.

– Ki lehet terjeszteni és egyúttal szigorúbban ellenőrizni a fiatalkorúak szeszesital-vásárlási tilalmát.

– Mindezzel párhuzamosan szigorúan ellenőrizni és büntetni kell az illegális szeszesitalfőzést és -árusítást.

– Növelni kell a szeszmentes italok kínálatát, választékát, javítani a minőségüket, még akkor is, ha némelyiknek az ára viszonylag magas lesz.

– Szigorítani kell az ittas munkakezdés és a munkahelyi fogyasztás tilalmát és annak ellenőrzését.

– Szigorítani kell az ittas vezetés ellenőrzését.

Mindezen tilalmak betartásának kulcskérdése *az ellenőrzés és a szigor*, az „illegális" csatornák eltorlaszolása. Az egészségre ártalmas direkt-termő borszőlők felszámolására hozott korábbi határozatokat is maradéktalanul végre kell hajtani.

Mindezek a kínálat oldaláról alkalmazott korlátozó intézkedések akkor lehetnek igazán eredményesek, ha bevezetésüket széles körű, jól átgondolt felvilágosítási és propaganda-hadjárat előzi meg és követi. Ezzel lehet az intézkedéseket nemcsak a lakosság tömegeivel, hanem a mérsékelten vagy már mértéktelenül ivókkal is elfogadtatni. Rá kell döbbenteni a társadalom tagjait az alkoholizálás veszélyeire (különösképpen az egészségi veszélyekre), és ezekkel kell indokolni a korlátozó intézkedéseket.

Az alkoholizmus megelőzésére irányuló lehetséges akciók második területe: *a kulturális szokások és hagyományok befolyásolása.* A szeszes ital fogyasztásának pozitív értékelése, a feszült élethelyzetek alkohollal történő oldásának ajánlása nemcsak egyes mikrokultúrákban (családokban, falvakban, kisebb népességcsoportokban, foglalkozási csoportokban) található meg, hanem a magyar társadalom egészének „magas" és hétköznapi kultúrájában is. Az ilyen kulturális minták megváltoztatása természetesen igen nehezen valósítható meg, és igen hosszú időt igényel. Mégis erőfeszítéseket kell tenni ebben az irányban, mert nélkülük a korlátozó intézkedések teljesen hatástalanok (sőt népszerűtlenek, így ellenkező hatásúak) maradhatnak, és a gyógyítás terén sem lehet lényegesen előrelépni.

Ennek érdekében:

– A sajtóban, rádióban, televízióban rendszeresen és az eddiginél differenciáltabban kell foglalkozni a mértéktelen ivás káros hatásaival, a magyarországi alkoholizmus problémáival, és különösen a konkrét intézkedések időszakában kellene intenzívvé tenni az ilyen irányú felvilágosítást.

– Közvetett eszközökkel támogatni lehet a józanság értékét hangsúlyozó és a mértéktelen fogyasztás káraira rámutató irodalmi műveket, filmeket stb.

– A munkahelyi ivás tiltása, a munkahelyi vezetők absztinenciája a munkaidőben a példa erejével alakíthatja át a munkahelyi közösség szemléletét.

– A társadalmi szervek a maguk keretében rendszeresen foglalkozhatnak az alkoholizmus kérdéseivel, illetve helyet adhatnak (pl. a Hazafias Népfront) a józansági mozgalmaknak.

– Minden képzési és oktatási formában, de különösen az iskolai oktatásban kiemelt szerepet kell adni az alkoholizmussal kapcsolatos ismeretek átadásának.

– Támogatást érdemel minden egyházi és magán (klubszerű) kezdeményezés, amely a józansági értékeket terjeszti.

Megfontolandó, hogy milyen értékek megerősítését vagy kialakítását tűzzük ki célul: a *mértékletes ivását-e* vagy a *teljes absztinenciáét.* Tapasztalatok alapján célszerűnek látszik a mértékletes és a speciális (ünnepi) alkalmakhoz kötött fogyasztást célul tűzni általános viselkedési mintaként, de nem szabad akadályozni az olyan törekvéseket, mozgalmakat sem, amelyek a teljes absztinenciát kívánják megvalósítani tagjaik körében.

Ezeket a felvilágosító, propaganda- és tanácsadó akciókat célszerű lenne egyes időszakokban kiválasztott, különösen veszélyeztetett társadalmi csoportokra összpontosítani, például egyes falvakban (novabort termelő területeken), vagy foglalkozási csoportokban (gépkocsivezetők), vagy munkahelyeken (pl. az építőiparban) speciális felvilágosító akciókat végezni.

E megelőzési erőfeszítések mellett nem kisebb erőfeszítéseket kell tenni az alkoholisták felkutatására, *gyógyítására és rehabilitálására.* Ezt szokták *másodlagos és harmadlagos prevenciónak* nevezni. Ezt különösképpen indokolja igen nagy számuk és az a tény, hogy az alkoholizmusból való kigyógyulás – bár nem könnyű – lehetséges. A gyógyító-rehabilitáló szolgálatot a jelenlegihez képest nagymértékben át kell alakítani és erőteljesen fejleszteni.

– Ki kell dolgozni a magyarországi viszonyok között alkalmazható *szűrési*

*eljárásokat,* és a népesség minél nagyobb részét szükséges az időszakos szűrővizsgálatokba bevonni. A szűrésnek több módszere ismert. Alkalmazásuk elképzelhető tüdőszűréssel, rákszűréssel kapcsolatban, kórházi felvételkor, munkahelyi felvételnél szokásos orvosi vizsgálatnál. E szűrésnek az ad különös jelentőséget, hogy lehetővé teszi a mértéktelen ivás megállapítását, az iszákos rádöbbentését ennek káros következményeire egy olyan betegségi szakaszban, amikor az alkoholizmus még könnyebben gyógyítható.

– Meg kell szervezni a legkülönfélébb (egészségügyi, rendőri, tanácsi, igazságügyi, oktatási) intézmények kötelező együttműködését az általuk észlelt iszákosok és alkoholisták bejelentésében az illetékes alkoholistagondozó intézeteknél. E bejelentés alapján az alkoholistagondozó intézet megkeresheti a kérdéses személyt, felmérheti állapotát, felhívhatja figyelmét az italozás veszélyességére. Nem a kikényszerített elvonó kezelés kiterjesztésére gondolunk, hanem egyszerűen a *rábeszélésre,* amelynek eredményeképpen a betegeknek legalább egy részét el lehet juttatni oda, hogy önként jelentkezzék a gyógykezelésre.

– A gyógykezelésben át kell térni a csak gyógyszeres kezelésről (különösen az averziós eljárásokról) a pszicho- és szocioterápia minél szélesebb körű alkalmazására. Ez azt jelenti, hogy az alkoholistagondozásban az eddiginél nagyobb szerephez kell juttatni a pszichológusokat és a jövőben kialakítandó „társadalmi gondozó" szakma képviselőit. Ez természetesen azt jelenti, hogy a jelenleginél lényegesen *több ambuláns alkoholistagondozó intézetre lenne szükség.*

– A súlyos alkoholbetegek gyógyítása érdekében növelni kell a kezelésükre szolgáló speciális kórházi ágyak és osztályok számát. Tízezer lakosonként minimálisan három ilyen ágyra van szükség. A szekszárdi és a Róbert Károly körúti Kórház modelltapasztalatainak felhasználásával biztosítani kell ezen osztályok munkaterápiás (később esetleg önfenntartó) lehetőségeit, társadalmi és üzemi kapcsolatait.

Szükség van az ambuláns és a kórházi kezelés közötti olyan átmeneti formák kifejlesztésére, mint amilyenek a nappali szállók foglalkoztatással egybekötve; éjszakai szállók munkaközvetítéssel, szoros munkahelyi kapcsolatokkal; ki kell terjeszteni a munka melletti ambuláns gyógykezelést.

– A rehabilitáció céljára védett munkahelyeket, üzemrészeket kell létesíteni.

– Az önálló életvitelre képtelen, súlyos beteg alkoholisták számára a kedvező tapasztalatok alapján minden megyében meg kell szervezni a speciális szociális otthonokat.

– A jelenleginél nagyobb támogatást kell adni a józansági (és rehabilitációs) alkoholellenes klubmozgalomnak, a tagok minél nagyobb önállóságának biztosításával. Községenként meg kell szervezni egy-egy ilyen klubot. Az öntevékeny szervezkedéshez a Vöröskereszt vagy a Hazafias Népfront biztosíthat hátteret, de elősegítendő az „otthonklubok szövetségének" kialakulása is. Indokolt az egyházi és a magánkezdeményezésen alapuló hasonló klubok létrehozásának támogatása.

– A gyógyító intézmények kifejlesztésével párhuzamosan ki kell terjeszteni az alkohológiai ismeretek oktatását, alkohológiai szakemberek képzését az or-

vosi egyetemeken, az orvostovábbképzésben, a pszichológusok oktatásában és a kialakítandó társadalmi gondozó képzésben.

Noha az előbbiekben az alkoholisták gyógyítására és rehabilitációjára vonatkozó javaslatokat egy speciális alkoholistagondozó egészségügyi szervezet keretei között fogalmaztuk meg, hangsúlyozni kell, hogy az alkoholisták gondozásának problémáját nem lehet a többi társadalmi beilleszkedési zavartól és általában a családi anyagi és szociális problémáktól elkülönítve megoldani. Az alkoholistáknál és családjukban legtöbbször jelentkeznek más társadalmi beilleszkedési zavarok, vagy ilyenek kialakulására hajlamosító körülmények és anyagi problémák. Másrészt az alkoholista teljes gyógyulása és rehabilitációja többnyire nem érhető el a környezetében meglevő emberi és anyagi problémák (pl. lakáshelyzet) legalábbis részleges rendezése nélkül. Ezért az alkoholisták gondozásának szorosan össze kellene kapcsolódnia a többi társadalmi beilleszkedési zavar megelőzésével és kezelésével, a szociális gondozással, a családgondozással.

Ezért szükséges, hogy az alkoholizmus problémakörének felső szintű kezelésére 1983-ban létrehozott Alkoholizmuselleni Állami Bizottság és a társadalmi beilleszkedési zavarokkal foglalkozó – már meglevő és a jövőben létrehozandó – intézmények között szoros együttműködés alakuljon ki.

## Javaslatok a tudományos kutatás fejlesztésére

A tbz jelenségeit vizsgáló hazai kutatások állapota rendkívül kiegyensúlyozatlan: a helyzetet a sokfajta *belső aránytalanság* és *széttagoltság* jellemzi. Eltekintve a tbz kutatására rendelt tárca szintű főiránytól (s annak Koordinációs Tanácsától), ma nincs egyetlen olyan intézmény vagy szervezet sem, amely a kutatási törekvéseket céltudatosan, meghatározott, hosszú távú elgondolás szerint ösztönözné-szervezné s az eredményeket integrálná.

Ennek egyik oka az, hogy az egyébként igen fontos részleges, meghatározott intézményekhez kötött kutatások mögött nem áll egy olyan *„felhasználó" szerv* (főhatóság, módszertani központ vagy kutató intézmény), amely a tbz jelenségeit *a maguk kölcsönös összefüggéseiben, kapcsolataiban* követné nyomon. Egyebek között azért is ítéljük olyan fontosnak, hogy a tbz társadalmi kezelésének korábban javasolt központi kormányzati szerve létrejöjjön.

Ez módot adhatna arra, hogy a kutatásoknak energikus kezdeményező központja legyen, hogy az eredményeket összehangoltan lehessen alkalmazni, hogy ne vesszen el a kapott tudományos információ, vagyis szisztematikusan eljusson az „alkalmazókhoz". A korábban vázolt intézményrendszer elemei (módszertani központok, területi szervek) erre kellő garanciát látszanak nyújtani.

1. Az elmondottakból logikusan következik, hogy a tbz kutatására szerveződött tárca szintű *kutatási főirányt hosszú távon is célszerű fenntartani,* miután a Koordináló Tanács elvégzi a jelenlegi középtávú tervidőszak eredményeinek, tapasztalatainak gondos elemzését és a program szelektív felülvizsgálatát. Kívánatos, hogy a főirány gondozója (megrendelője és felhasználója) az alternatív módon javasolt központi szerv legyen (kormánybizottság, főhatóság, tárca).

2. A tbz jelenségeinek vizsgálatára hivatott kutatóbázis legfőbb gyengéje a *szervezeti és kooperációs* széttagoltság. Ez annál is inkább kedvezőtlen, mivel a a szóba jöhető kutatóhelyek köre rendkívül sokrétű: klinikai és kórházi osztályok; egyetemi és főiskolai – pedagógiai, pszichológiai, szociológiai, kriminológiai – tanszékek; főhivatású kutatóhelyek, mint az MTA Pszichológiai és Szociológiai Intézete, a Legfőbb Ügyészség Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézete; az egyes szaktárcák, köztük a KSH tudományos osztályai és kutatóbázisai; a jelenleg működő ellátó hálózatok – a nevelési tanácsadók, pályaválasztási intézetek, gyermek- és ifjúságvédő intézetek, pártfogó testületek – *alkalmanként* kutatást végző csoportjai, munkatársai.

A széles bázison folyó kutatások azonban – fontos kivételektől eltekintve – jobbára esetlegesek; nélkülöznek mindenfajta átgondolt és hosszú távú koncepcionális keretet. Inkább az egyes kutatók személyes érdeklődését és alkalmi tapasztalatát tükrözik, mintsem a témakör kutatásának valódi igényeit.

A leginkább kialakult és elvben jelentős kapacitással rendelkező kutatóbázis a *bűnözés* és a *bűnmegelőzés* (a Belügyminisztérium és az Igazságügyi Minisztérium, valamint az ügyészség intézményei és az érintett felsőoktatás), valamint a nem organikus *mentális zavarok* (pszichiátriai klinikák, kórházak, orvosegyetemek és az OTKI, a klinikai pszichológusképzés és -továbbképzés bázisai) folyamatos és magas színvonalú kutatása terén áll rendelkezésre.

Létrejött az *alkohológiai kutatások* központja is, bár még csupán tevékenysége kibontakozásának kezdetén áll.

Súlyosan nyugtalanító – s éppen hazánkban – az *öngyilkossággal (szuicidológiai) és a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos kutatások* helyzete. E területen sem a hazai folyamatok módszeres elemzéséhez (eltekintve a statisztikai adatok szolgáltatásától), sem a megelőzés, és a terápia kutatásához nem állnak rendelkezésre a szükséges feltételek; a kutatások is alkalmiak és szétforgácsoltak. Ésszerűnek látszanék valamely alkalmas egészségügyi intézmény bázisán (vagy még inkább komplex intézményes bázison) kialakítani egy országos centrumot, amely koordinálná az idevágó hazai kutatásokat, s egyúttal a nemzetközi kutatási eredmények dokumentációs központja is lehetne.

Kezdetben nem feltétlenül egy önálló szuicidológiai intézet létesítésére kell gondolnunk (bár perspektivikusan ez is szükségesnek látszik), hanem egy olyan *funkcionális központra,* amely elsősorban koordinációs és információs szerepet látna el a hazai kutatások összefogásában. Úgy ítélhető, hogy a jelenlegi főirány *szuicidológiai témacsoportja* – a pécsi és a szegedi bázisok szerves együttműködése révén – alkalmas lehet e szerep ellátására. Hasonló funkcionális központ létrehozása szükségesnek látszik a *kábítószer-fogyasztás* problematikájának esetében is. Felelős egészségügyi bázisintézmény kijelölésével megoldható, hogy az összehangolt célirányos kutatások konkrét klinikai gyakorlatra épüljenek, és így eredményeik hasznosítása és propagálása felgyorsuljon. E funkcionális központokat s a megfelelő tárgyi és személyi feltételeket nyilvánvalóan az egészségügyi tárca keretei között célszerű létrehozni.

3. Még nyugtalanítóbb *a fiatalkori veszélyeztetettség, az állami gondozás és a nevelőotthoni-nevelőintézeti pedagógia* kérdéseivel foglalkozó kutatások helyzete.

Az idevágó jelenségekről igen sok szociológiai-szociográfiai – olykor csupán publicisztikai – közlemény lát napvilágot. Ezek azonban igen gyakran az extrém fejleményekhez kapcsolódnak (csövesek világa, narkózók, fiatal bűnözők stb.), s nem ritkán tendenciózus álláspontokat képviselnek. A témakörbe vágó kutatások, módszertani munkálatok a Művelődési Minisztérium kutatóhelyein (OPI, tanszékek) csupán periferikus helyet foglalnak el, s mind mennyiségükben, mind színvonalukban még az 1960-as évekhez képest is súlyos visszaesésről tanúskodnak.

Különösen szembeötlő, hogy sem a nevelőotthoni, sem a nevelőintézeti pedagógiai kutatásoknak nincs *módszertani központjuk*. E központokat valamely intézmény (pl. Aszód és valamelyik erre alkalmas, kiváló nevelőotthon) bázisán volna célszerű kialakítani, létrehozva bennük a megfelelő (pedagógus, pszichológus, orvos, szociológus szakemberekből álló) módszertani és kutatócsoportokat. Ezek azután alkalmas módon együttműködhetnének az egyéb kutatóhelyekkel is (intézetek, tanszékek). A bázisként szolgáló intézmény egyúttal kísérleti-módszertani terep is lenne a szükséges kutatások elvégzéséhez.

4. Bizonyos esetekben folyóirat is betölthet tudományos szervező és koordináló szerepet. *Új folyóirat* létesítését azonban egyedül a gyermekvédelem és a hozzá kapcsolódó problémák gondozása (nevelőotthoni és nevelőintézeti pedagógia, iskolai gyermekvédelem, a területi és a nevelési tanácsadókban folyó gyermekvédelmi tevékenység, a közművelődési intézmények idevágó munkája stb.) terén tartjuk szükségesnek. Meglehetősen paradox jelenség, hogy ma szinte minden iskolai tantárgynak van módszertani folyóirata, létezik a Pályaválasztás című folyóirat is (egyébként helyesen!), de e rendkívül sokágú, jelentős társadalmi csoportokat érintő területnek nincs orgánuma. Ez annál is inkább különös, mivel az ilyen típusú folyóiratok hazánkban hosszú – egészen a századelőre visszanyúló – múltra tekinthetnek vissza.

Elvben és általában leszögezhetjük: *a jelenlegi helyzet elsősorban nem új kutatóbázisok létrehozását követeli,* hanem a meglevő kutatóhelyek, módszertani központok minőségi és funkcionális fejlesztését, a bennük folyó kutatások egységes és átfogó koncepcionális keretbe illesztését, továbbá az érintett bázisok közötti koordináció energikus kiépítését.

5. A jelenleg folyó *kutatások tematikus irányait* mérlegelve, szükségesnek tartjuk, hogy rámutassunk néhány – különösen fontosnak ítélhető – kutatási irány megerősítésének jelentőségére.

*a)* Elengedhetetlenül szükséges a tbz hazai alakulásának folyamatos és elemző nyomon követése a *társadalomstatisztika* eszközeivel, éspedig mind az egyes beilleszkedési zavarformákra, mind azok együttjárásaira és kapcsolódásaira vonatkozóan. Az ilyen jellegű aktuális és folyamatos adatszolgáltatás alkalmasan orientálhatja a kutatókat, s egyúttal arra is módot ad, hogy a tervezett és kivitelezett társadalmi beavatkozások eredményességét figyelemmel tudjuk követni. E célból felül kell vizsgálni és szükség esetén korrigálni a jelenlegi adatszolgáltatási rendszert (pl. szükségesnek látszik az öngyilkossági kísérletek újólagos nyilvántartása). Lehetőséget kell teremteni arra, hogy az érintett kutatók megfelelően szabályozott keretek között hozzá tudjanak férni a szükséges adatokhoz. E kutatási irány bázisa szükségképpen csakis a KSH lehet.

Kívánatos volna azoknak a – főként *szociológiai és szociálpszichológiai* – kutatásoknak az ösztönzése, amelyek képet adhatnak arról, miképpen alakul a hazai társadalmi tudatban a beilleszkedési zavarok képe, s milyen módon változik a lakosság hozzájuk fűződő értékelő viszonya.

Ugyancsak szükség van arra, hogy a *társadalmi tervezés* szerves része legyen a tbz prognosztizálása s a vele kapcsolatos gazdasági elemzések folyamatos elkészítése (Országos Tervhivatal és intézményei).

*b)* A különböző bázisokon folyó *alapkutatások* művelőit elsősorban arra kell ösztönözni, hogy minél sokoldalúbban tárják fel *a beilleszkedési zavarok kialakulásának korai jellemzőit és mechanizmusait* (az ún. predeviációs tünetegyüttest), mivel csakis ezek a kutatási eredmények adnak lehetőséget az átfogó preventív logika érvényesítésére. Az ez irányú kutatások egyaránt érintik a pszichológiai, szociológiai, orvosi, genetikai és pszichofiziológiai, pedagógiai megközelítésmódokat; e tekintetben különösen széles körű tudományos együttműködésre van szükség. Halaszthatatlanul fontos olyan megbízható diagnosztikus eljárások kialakítása, amelyek révén nagy biztonsággal megállapítható a korai kedvezőtlen irányú személyiségfejlődés vagy a céltudatos beavatkozás várható eredménye. Az ez irányú kutatásokat elsősorban a főhivatású kutatóhelyeken és az egyetemi-főiskolai tanszékeken célszerű szorgalmazni.

*c)* Változatlanul fontosnak kell ítélnünk, hogy az *egyes tbz-formák hazai sajátosságai, dinamikája,* továbbá sajátos megelőzési, diagnosztikai és korrekciós-reszocializációs kérdései (pl. a büntetőintézetekben folyó nevelés, a pszichoterápia) önálló, folyamatos kutatás tárgyai maradjanak. Mint említettük, ennek érdekében a kriminológiai és a nem organikus mentális zavarok terén elsősorban a meglevő kutatóhelyek kutatásainak egységes tervezésére és koncepcionális integrálására, az alkoholizmus terén a már kidolgozott kutatási programok megvalósítására, az öngyilkosság és a szélesen értelmezett gyermekvédelem terén pedig a kutatóbázis fejlesztésére és konszolidálására van szükség.

*d)* Várható s egyúttal szükséges is, hogy a következő években a kutatások keretében egyre nagyobb szerepet kapjanak *az alkalmazott-módszertani problémák* és a *gyakorlati (terápiai, gondozási, reszocializációs stb.) eljárások elméleti és módszertani kérdései.* Külön ki kell emelni a tanácsadói pszichológia fejlesztésének szükségességét. A sokat emlegetett humánszolgáltatások egy részét a különböző típusú tanácsadók képviselik. Ma ezen a területen sem megfelelő képzési rendszerrel, sem elegendő számú szakemberrel nem rendelkezünk. E tekintetben érezhető a legégetőbb hiány.

Emellett merőben különböző szemléleti pozíciók léteznek egymás mellett, tisztázó viták és korrekt eredményellenőrzés nélkül (pl. a pszichoterápiában s általában a pszichoterápia lehetőségeiről; a családgondozás lehetséges eljárásairól stb.). A gyakorlati munkában lépten-nyomon rábukkanunk a tájékozatlanság, sőt a dilettantizmus tüneteire, az eredményeiben nem ellenőrzött módszerek alkalmazására, olykor személyes rögeszmék lecsapódásaira, valamint deduktív és ideologikus eszmefuttatásokra.

A közeli években – egyebek között a nemzetközi eredmények és tapasztalatok igénybevételével is – e területen feltétlenül szükség van alapvető kutatások-

ra, szisztematikus tudományos vitákra, de mindenekelőtt elméletileg jól megalapozott *módszertani-technikai munkákra, kézikönyvekre, vezérfonalakra*, a tapasztalatokat magas színvonalon általánosító írásokra. Ilyen kézikönyvekre volna szükségük a családgondozóknak, az iskolai gyermekvédelmi felelősöknek, a nevelőotthoni és nevelőintézeti pedagógusoknak, a szociális gondozóknak és az alkohológiai szakembereknek, a munkahelyi vezetőknek.

Hazánkban a „tudomány világában" nem örvend megbecsülésnek az effajta – módszertani-technikai – munkálkodás, holott alig remélhetünk gyakorlati eredményeket akkor, ha a tudományos felismeréseket, a hazai és a nemzetközi tapasztalatokat nem tudjuk *gyakorlati technikává* átalakítani, s ilyen alakban eljuttatni az érintett hálózatok gyakorlati munkásaihoz. A tbz ügyeiben tűrhető talán a legkevésbé a „disszertáció- és közleménycentrikus" tudományos mentalitás. Az ilyen jellegű kutatásokat és kézikönyv-szerkesztési munkálatokat a létező és a létrehozandó módszertani központok elsőrendű és sürgős feladatává kell tenni, szem előtt tartva azt is, hogy az első nekifutásra aligha lesz elérhető a tökéletesség kívánalma. E tekintetben célszerű volna jelentős összegekkel honorált pályázatokat is hirdetni.

*e)* Az elkövetkező években erőteljesen támogatni kell az olyan jellegű kutatásokat, amelyek *a már létező és az újonnan létesítendő intézmények, szervek* (családgondozó állomások, az új funkciókkal felruházott Gyermek- és Ifjúságvédő Intézetek, krízisintervenciós központok, társadalmi önsegélyszervezetek, tanácsadási vállalkozások stb.) *szervezetfejlesztését* célozzák, és az optimális szervezeti képletek és módszerek tapasztalati-kísérleti kialakítását szolgálják.

Józanul számolnunk kell azzal, hogy e téren vagy teljességgel hiányoznak a tapasztalatok, vagy csupán esetleges módon állnak rendelkezésre; olykor pedig meglehetősen elvont meggondolások szolgáltak alapul az új formák meghonosításakor. Ezért valódi tudományos feladatnak kell tekinteni a gondos és óvatos, először csupán néhány intézmény bázisán nyert tapasztalatok alapos elemzését, a célravezető formák és módszerek kialakítását. Csak ezeknek a körültekintő elemzéseknek az alapján lehetséges a széles körű elterjesztés és a folyamatos továbbfejlesztés. Mindez különösen az újfajta intézményekre és funkciókra vonatkozik. A közvetlen irányító szervek elsőrendű feladatává kell tenni, hogy szervezzék és irányítsák az ilyen jellegű szervezetfejlesztési, kísérleti-tapasztalati kutatásokat.

*f)* Intézményesen gondoskodni kell arról, hogy *a tbz kezelésének és tudományos értelmezésének nemzetközi tapasztalatai folyamatosan az érintett kutatók rendelkezésére álljanak.* Meg kell bízni a Szabó Ervin Könyvtárat és a KSH könyvtárát, hogy gondozzák az ez irányú bibliográfiai és információs munkálatokat, s a szükséges dokumentációs anyagot arra alkalmas formában (elsősorban annotált bibliográfiák alakjában) juttassák el a kutatókhoz és az intézményekhez.

# A társadalmi beilleszkedési zavarok visszaszorításának és megelőzésének külföldi tapasztalatai

## Kriminalizáció és dekriminalizáció

A társadalmi beilleszkedési zavarok befolyásolásának hagyományos útja a zavarok visszaszorítása, leküzdése, megszüntetése. Ennek legősibb változata a bűnözőviselkedéssel kapcsolatos megoldás, a *büntetés*. Történetileg minden beilleszkedési zavar esetében megpróbálkoztak e módszerrel; mai szóhasználattal élve: minden beilleszkedési zavart bűnnek tekintettek, *kriminalizáltak*. Tudjuk, hogy jelképes büntetéseket szabtak ki az öngyilkosokra (pl. a holttest közszemlére tétele, a tisztes temetés megtagadása, hátrányok a családra nézve; az életben maradt öngyilkosjelölt büntetése stb.). Tiltották és büntették az alkoholfogyasztást (mint egyes iszlám országok ma is), büntették az elmebetegeket (boszorkányüldözés, inkvizíció). Utóbb aztán bizonyos bűncselekmények kivételével szinte minden beilleszkedési zavar fokozatosan *dekriminalizálódott*, vagyis kikerült a polgári, katonai vagy ideológiai igazságszolgáltatás és bűnüldözés hatóköréből. A dekriminalizált beilleszkedési zavarokra azonban a társadalom ma is *intézményes formában* reagál: megpróbálja visszaszorítani azokat. Vagyis a társadalom e tekintetben továbbra is a hagyományos utat járja, csak éppen nem a büntetés modelljének egyszerű alkalmazásával, sőt egyes megnyilvánulások esetében még *rekriminalizációról* is beszélhetünk (pl. az alkoholizmus vagy a kábítószer-függőség egyes formái, a violens elmebetegekkel való bánásmód stb.).

## Medikalizáció és pszichiatrializáció

A társadalmi intézmények kísérletet tesznek a beilleszkedési zavarban szenvedő egyén kezelésére, megváltoztatására. A kezelés az öngyilkosság esetében a legegyszerűbb: csak az életveszély, illetve az élet kioltására alkalmazott eljárás következményeit kell elhárítani az *egészségügy* keretein belül. Az alkoholizmus és a kábítószer-élvezet eseteiben a hozzászokást keltő szer többé-kevésbé erőszakos elvonása után a betegben averziót alakítanak ki a szerrel szemben. Az elmebetegek kezelése pedig par excellence az egészségügy feladata. Újabban azonban az öngyilkosság-veszélyeztetettek és a függőségi állapotban szenvedők ellátása is az elmebetegségekkel foglalkozó orvosi tudományágak részévé kezd válni. A beilleszkedési zavarok egy része tehát a dekriminalizációval párhuzamosan medikalizálódik, illetve pszichiatrializálódik. Ez a trend lassanként ki-

terjed a bűnözés egyes formáira is (pl. szexuális bűnözés, nonprofit bűnözés stb.), sőt már viszonylag régen élnek elméletek, amelyek a pszichiátria illetékességi körébe sorolnák a bűnöző magatartásformákat is.

## A visszaszorítás

Büntetés és gyógykezelés (vagy tudományos alapozású viselkedésváltoztatás) *közös modelljéről* azért beszélhetünk, mert a két megoldási mód között sok a hasonlóság, noha (látszólag nagyon is) különböző, a társadalom értékrendjében homlokegyenest ellentétes módon értékelt jelenségekről van szó. Hasonlóságok: a gyógykezelés is többé-kevésbé korlátozza az egyén társadalmi cselekvési és mozgásszabadságát; a kezelésbevétel is tartalmaz kényszermozzanatokat (ezek helyenként nyíltak és erősek, máskor árnyaltak, rejtettek; bizonyos betegeket ugyanúgy el kell különíteni az „egészséges" társadalomtól, mint ahogyan a bűnözőktől is védeni kell a társadalmat, ami az igazságszolgáltatás egyik sarkalatos elve ma is).

A kezelés egyik célja, hogy a kezeltek viselkedésüket illetően jussanak el az önbírálat fokára, vagyis változzanak meg kognitív struktúráik. Mind a gyógykezelésben, mind a büntetésben az érintett személyek bizonyos mértékig megbélyegzettek maradnak, legalábbis egy ideig számon tartják és megfigyelik őket, emiatt társadalmi helyzetük hátrányosabb, nehezebb a visszailleszkedésük.

### A visszaszorítás hatékonysága

Az utóbbi évtizedekben a kutatások előterébe került a hagyományos visszaszorító, kezelő beavatkozások *hatékonyságának* kérdése. Számos hagyományos megoldásról derült ki, hogy csekély a hatékonysága. Így pl. a hagyományos büntetésformák nem alkalmasak arra, hogy *elrettentsék* a büntetetteket a bűncselekménytől; a börtön elrettentés helyett gyakran tovább „szocializálja" az elítélteket a bűnöző karrierre, illetve életmódra. Csekély hatékonyságú a hagyományos alkoholelvonás is, amelynek során az iszákosok nyílt vagy rejtett kényszer hatására csak elvonásban és averzív kezelésben részesülnek. Ugyanakkor még az alacsony hatékonyságú hagyományos megoldások is bizonyos össztársadalmi szempontból különösen fontosnak tartott területeken egyértelműen eredményesek. A legtöbb hagyományos eljárás hatékony pl. *a társadalomtól való elkülönítés* szempontjából. A szokott alkoholelvonás az alkoholtól való függőséget ha nem is szünteti meg, enyhíti az alkoholizmus okozta testi károsodások egy részét. Az öngyilkosság terén a társadalom szokott gyógyító-segítő akciója, az életmentés a további öngyilkossági kísérletek visszaszorításában csekély szerepet játszik ugyan, az egyén életben tartása szempontjából viszont óriási jelentőségű.

A gyógyító beavatkozások technikájának fejlődése nagyon sok életet megmentett. Minél hozzáférhetőbbek és szervezettebbek az öngyilkossági esetek szomatikus kezelésének rendszerei (és itt számít a mentőszolgálat fejlettsége, gyorsasága, az öngyilkosságokat kezelő osztályok szervezettsége, tapasztalatai

stb.), annál több olyan öngyilkos marad életben, aki korábban meghalt volna. Bár e fejlődésről még nincsenek pontos adataink, bizonyos, hogy a mérgezéses öngyilkosságok terén ez lényeges tényező. Mivel az ilyen kísérletek száma nagy, feltehetjük, hogy *az életben tartás orvosi módszereinek fejlődése nélkül sokat emelkedett volna a legtöbb ország öngyilkossági statisztikája.* Különböző adatok 10–15%-ra becsülik a súlyosan mérgezettek között azoknak az arányát, akik egy évtizeddel előbb meghaltak volna. Mindenesetre a gyógyító technikák fejlődésének tényei fontos szerepet játszanak az öngyilkosságok okainak földerítésében.

Gyakran a hatékonyság nem ítélhető meg pontosan, mert a döntő fontosságú szempontokat nehéz tisztázni. Például a pszichiátriai kezelés számos paraméter szerint hatékony a szkizofréniában és a neurózisokban, más paraméterek szerint viszont nem az. Hatékony lehet a társadalommal való kapcsolat, a munkaképesség, a rehabilitálhatóság, illetve a viselkedés tüneti kontrollja szempontjából, de nem hatékony esetleg a pszichiátriai ellátástól való függetlenedés szempontjából, hiszen a kezelésnek szinte folyamatosnak kell lennie. Egyértelmű hatékonyság állapítható meg a depresszióban.

**A hatékonyság tényezői**

Egyes jelenségekben bizonyos beavatkozási módok nem jó hatásúak, míg mások elfogadhatók, vagy éppen igen jók.

A pszichiátriai betegségek egy részében, különösen az idült esetekben az önálló elmekórházak hatékonysága alatta marad az általános kórházakon belül működő elmeosztályokénak, és az osztályos kezelés kevésbé hatékony, mint a korszerűen felszerelt átmeneti intézményeké vagy közösségi szervezésű járóbeteg-ellátó központoké. Hasonló a helyzet a hagyományos és a modern börtönformák esetében is, mely utóbbiak a bűntettek súlyossága szerint differenciált bánásmódot és korszerű foglalkoztatást biztosítanak az elítélteknek. Egyre intenzívebb kutatások folynak annak földerítésére, hogy milyen büntetés hatékony a különböző vétségek és bűncselekmények esetében.

Általában a *büntetés súlyosságának* van elrettentő hatása a társadalom nem bűnöző részére, de ez nem egyenesen arányos a bűnelkövetőkre gyakorolt elrettentő hatással. Különösen sok kutatás folyik a halálbüntetéssel kapcsolatosan. Ez elrettentő hatású az élet elleni bűncselekmények terén, de ez csak statisztikailag egyértelmű. Egyes esetekben még elszántabbá teszi a bűnözőket. *A bűnüldözés intenzitása, hatékonysága* is sokban segíti a bűnözés kontrollját. Azonban egyre több adat szerint a bűnüldözés intenzitásának és a büntetések mértékének van – társadalmi szerkezettől és kultúrától függő – optimuma, amin túl már különféle visszaszabályozó mechanizmusok kezdenek érvényesülni. Az intenzív bűnüldözés pl. több olyan bűnesetet hoz felszínre, amelyeknek egy része – mérsékeltebb hatósági munka mellett akár büntetlenül – rejtve is maradhatott volna a cselekmények viszonylagos kis súlya miatt. Máskor az intenzív bűnüldözést a lakosság olyan korlátozottságként éli meg, ami politikai feszültségben vagy másfajta beilleszkedési zavarok elszaporodásában csapódik le. E problémakör tisztázása csak most kezdődött. Számos bűncselekménynél

a kontrollszervek lehetséges eljárásainak optimuma annyira közel van a be nem avatkozáshoz, hogy a cselekmény dekriminalizálásához vagy nagyon laza üldözéséhez vezetett (dekriminalizálódott a szexuális beilleszkedési zavarok egy része pl. a homoszexualitás; igen lazán üldözik a kisebb súlyú vétségeket, így a közlekedési kihágások egy részét).

Számottevő a *költség–haszon* összefüggése is, amely mind a bűnüldözésben, mind a büntetésekben megmutatkozik. Ha valamely beavatkozás hatékonyabb, de jóval többe kerül, akkor az általában csak úgy valósítható meg, hogy máshonnan vonnak el anyagi erőket. Ennek következményei pedig kedvezőtlenebbek lehetnek, mint a hatékonyság fokozásával elért eredmény (haszon).

E téren már tisztázódott néhány összefüggés. Az alkoholizmus és a kábítószer-élvezet terén pl. *a korai kezelésbevétel* jelentősen növeli a kezelés hatékonyságát. Már-már a megelőzéssel határos, hogy a leghatékonyabbak a munkahelyi szervezésben teljes rehabilitációs programmal összekötött kezelések. Ilyenkor a kezelésbevétel a munkahely keretében történik, az alkoholizmust a munkahely definiálja, és a gyógyító-rehabilitációs programban való részvétel döntésében az alkoholistát a várható szankciók és előnyök fokozatos sora irányítja. Az eredmények meglepően jók. Ugyancsak javítja az alkoholisták és a kábítószeresek kezelésének hatékonyságát a *szocio-* és *pszichoterápia,* különösen a pszichoterápia csoportos formái. A szomatikus és hagyományos (elvonó és averzív) kezelés kiegészítése szocio- és pszichoterápiával azonban igen költséges.

A pszichiátriai betegségek terén a *pszichofarmakonok* (lelki tényezőkre ható gyógyszerek) sok szempontból egyértelműen hatékonyságnövekedést hoztak. Egyértelműen hatékonyak a nyugtatók, az antidepresszív szerek, a lítium, a hosszú távon ható készítmények. Ezek alkalmazásában jó a költség–haszon reláció, noha vannak mellékhatások és ártalmak is. Hatékony a szocio- és a pszichoterápia is. Egyértelműen bizonyított tény például, hogy a neurózisok elleni küzdelemben csak a pszichoterápia igazán hatékony, szemben az egy-két évtizeddel korábbi szkeptikus véleményekkel. A hatékonyság azonban nem az egyes irányzatok és módszerek alkalmazásában rejlik, hanem inkább a módszerkombinációk és a módszerek stratégiai szempontú felhasználásában. A pszichoterápiák költségei magasak, pszichoterápiás hálózatok működtetéséhez nagyon nagyszámú szakember szükséges.

Költségmérséklő hatása van viszont annak, hogy a pszichoterápia szakemberei a rehabilitációban és a megelőzésben is felhasználhatók. Továbbá körvonalazódik bizonyos fokozatosság lehetősége is, vagyis bizonyos módszerek alkalmazására rövid idő alatt kiképezhetők egyetemi végzettség nélküli segéderők is (pl. egyes viselkedésterápiás módszerek, relaxációs módszerek stb.). A rehabilitációban-reszocializációban a *szociális gondozás,* továbbá az átmeneti intézmények, védett munkahelyek rendszere vált be. Hasznos, ha már a beilleszkedési zavarok visszaszorításával foglalkozó intézmények szervezete is nyitott a társadalom felé (tehát a börtönben folyik foglalkoztatás, szakképzés, továbbképzés, ha van mód a kapcsolatra a társadalommal, illetve ha a pszichiátriai kezelés során van csoport- és szocioterápia, van foglalkoztatás).

Igen nagy jelentőségű a *kölcsönös segítő,* illetve önsegítő, vagy értékképvise-

leti *csoportok* működése. Ilyen csoportok spontán is alakulnak egykor beilleszkedési zavarban szenvedő, és emiatt büntetett vagy kezelt emberek között, de alakulásuk elősegíthető, működésük ellenőrizhető és befolyásolható, hogy személyiségfejlesztő, reszocializációt segítő irányban hassanak. Ilyen csoportokból ma már egész hálózatok szervezhetők. Szervezésük és koordinációjuk új típusú készségeket igényel a szakemberektől (többnyire pszichoterapeutáktól, szociális gondozóktól). Számos ilyen csoport tevékenységének hatékonysága már régebben ismert, mint pl. az Alcoholics Anonymous szervezet vagy az alkoholisták klubmozgalma.

Általában elmondható, hogy a beilleszkedési zavarok visszaszorításának és kezelésének hatékonyságát növeli, ha pszicho-, illetve szocioterápiás módszerekkel foglalkoznak a beilleszkedési zavart fenntartó személyiségproblémákkal, elősegítik a személyiség pótlólagos fejlődését, adaptív viselkedésmódokat tanítanak és erősítenek meg, illetve alkalmat adnak ezek gyakorlására. A költségek nagyok, de pl. az önsegítő csoportok nem kerülnek sokba, és bizonyos beavatkozás – pl. a munkahelyi bázisú alkoholkezelés – már munkahelyi vetületben is hasznot hoz. (Ezért is foglalkoznak vele a legnagyobb tőkés vállalatok.) A visszaszorítás, a kezelés hatékony módszereinek alkalmazása hosszú távon mindig megéri a befektetést még akkor is, ha közvetlenül költségesnek bizonyul. A deviáns személyiségekkel való intézményes foglalkozás, illetve a deviáns viselkedéskészség fennmaradása a társadalom számára végül mindig több kárral jár, mint a kezelés költségei. De mivel viszonylag koncentrált beruházásokat igényelnek, nem könnyű mindig vállalni azokat.

## A megelőzés

Lényegesen különbözik a hagyományos megoldási módtól a megelőzés elvét követő *újabb eljárásegyüttes,* amely részben a visszaszorítás gyakorlatával párhuzamosan fejlődött. A hagyományos út eredményességének javítása céljából kezdtek foglalkozni a büntetettek, illetve a kezeltek visszailleszkedésének megkönnyítésével. Ennek is két megközelítési útja volt: egyrészt a *társadalom befogadóképességét* próbálták növelni, pl. átmeneti intézmények, segítő és gondozó szerepkörök kialakításával, másrészt a beilleszkedési zavarban szenvedőket próbálták *külön felkészíteni,* tanítani a várható nehézségekre. A két megközelítés intézményes szervezetében is gyakran azonos kereteket alkalmaztak. A *rehabilitáció* és a *reszocializáció* is lényegében megelőzés, hiszen a társadalmi beilleszkedési zavarok kiújulását előzi meg. A büntetés és a kezelés önmagában még nem képes olyan mértékben átalakítani a személyiséget, hogy könnyedén megbirkózzék a visszailleszkedés nehézségeivel: ezek hatására általában az adott beilleszkedési zavar megszokott viselkedéssémái szoktak aktiválódni. A rehabilitációt és a reszocializációt a WHO (Egészségügyi Világszervezet) is *harmadlagos megelőzésként* tartja nyilván.

Az igazán hatékony megelőzés a beilleszkedési zavarok kialakulása előtti időszakra esik. Itt is érdemes a WHO szemléletes terminológiájával élnünk: *másodlagos prevenció* esetén már a veszélyeztetett állapotban történik a beavat-

kozás; az *elsődleges megelőzés* célja a veszélyeztetési tényezők kialakulásának vagy hatásának megakadályozása, illetve visszaszorítása.

Korszakos jelentőségű, hogy az elsődleges és a másodlagos megelőzés egyre inkább előtérbe kerül a hagyományos megoldásokkal szemben. Ez utóbbiak ugyanis a mindennapi tudat jegyében születtek és működnek, *a megelőzés viszont szükségképpen tudományos megalapozottságú.* Kisebb mértékben bár, de ez érvényes a rehabilitációra, a reszocializációra is. A tudományos megalapozottság azt jelenti, hogy a beavatkozási és szervezési módok módszeres tapasztalatgyűjtés és kutatások nyomán alakultak ki. Döntő szerepük van mindebben a társadalomtudományoknak (*szociológia, szociálpszichológia, lélektan,* illetve ezeknek a beilleszkedési zavarokra specializált ágazatai), napjainkban egyre inkább kapcsolódnak hozzájuk a beilleszkedési zavarok visszaszorításával foglalkozó intézmények talaján kinőtt alkalmazott tudományok (kriminológia, alkohológia, pszichiátria stb.).

A megelőzés a legfejlettebb országokban sem vált még széles körű társadalmi gyakorlattá, rendszerré. Ma abban a fejlődési szakaszban vagyunk, hogy a tudományos adatok nyomán *megfogalmazhatók,* kis skálán pedig kipróbálhatók a megelőzési tennivalók. Nagyobb skálájú megelőző akció tapasztalatai csupán néhány területről ismertek.

Ugyanakkor a hagyományos, visszaszorító-felszámoló tevékenységben is mind nagyobb szerepet kapnak a tudományok, főleg a társadalomtudományok. Ennek következtében a tudományos módszerek segítségével e tevékenység hatékonysága egyre pontosabban mérhető föl és *fokozható.*

Az elmondottakból fontos következtetések vonhatók le. Egyrészt fejlődik a beilleszkedési zavarok visszaszorításának, leküzdésének és „gyógyításának" gyakorlata, különösen a rehabilitáció és a reszocializáció. Vagyis a visszaszorítás és a megelőzés együtt jelentheti a társadalom számára a beilleszkedési zavarok *kontrollját.* Másrészt viszont e kontroll javításának *rendkívül fontos, közvetlenül ható tényezője a beilleszkedési zavarok természetének, kialakulásának, befolyásolásának és megelőzésének tudományos kutatása.* Más szavakkal: a beilleszkedési zavarokkal kapcsolatos kutatás része a társadalmi megoldásnak, illetve megelőzésnek, tehát perspektivikusan gyakorlati jelentőségű. Vagyis a beilleszkedési zavarok kontrollját illetően szükséges és hasznos beruházás a tudományos kutatás támogatása és fejlesztése. A nemzetközi adatok ezt egyértelműen igazolják még akkor is, ha egyik-másik országban a kutatások volumene nem áll arányban a kontroll terén elért eredményekkel.

### A másodlagos megelőzés eredményei

Az első megvalósult eredmények a másodlagos megelőzésben mutatkoznak. Lehetőségei elsősorban az öngyilkossággal, kisebb mértékben a bűnözéssel és az alkoholizmussal kapcsolatosan vannak. A pszichiátriai betegségeknél – a beilleszkedési zavarok időbeli lezajlása és folyamatos kialakulása miatt – a másodlagos megelőzés csekély jelentőségű. Még a heveny kitörő állapotok is többnyire hosszú személyiségfejlődési zavarfolyamat megnyilvánulásai. A pszi-

chiátriai betegségekben nagyobbrészt az elsődleges, részben pedig a harmadlagos megelőzésnek van szerepe.

A bűnözésben főleg a *veszélyeztetett csoportokkal* történő előzetes foglalkozás lehet eredményes.

A megelőzés kategóriájába tartozik, hogy speciális tárgyaló, konfliktusmegoldó *szakemberteameket* hoznak létre a bűnüldözés szervezeti rendszerén belül, és ezeket fölhasználják bizonyos bűncselekmények megelőzésére (pl. túszok bántalmazása, erőszakos cselekedettel fenyegető családi viszályok stb.). Az ilyen teamek munkájának kilátásai és eredményei elég jók.

A másodlagos és az elsődleges megelőzés határán helyezhetők el azok az erőfeszítések, amelyek a bűncselekmények lehetőségeit és alkalmait próbálják szűkíteni; erre a célra védelmi és biztosító rendszerek szolgálnak.

A korlátozó intézkedéseknek van megelőző hatásuk, még a részleges korlátozásnak is. Bevált módszer az alkoholhoz való hozzájutás nehezítése (Skandinávia, USA). Az alkoholizmus esetében a másodlagos megelőzéssel rokon a már említett munkahelyi bázisú kezelés, ennek során ugyanis az enyhe, majd mindinkább súlyosbodó szankciók magát a mértéktelen alkoholfogyasztást próbálják befolyásolni. Egyelőre csupán elvi lehetőség az alkoholfogyasztás új mintáinak tanítása: nem a szer elérhetőségét korlátozzák, hanem pszichológiai eszközökkel tanítják meg az alkoholélvezőket a kontrollált ivásra. Ebbe a fogalomkörbe tartozik a mértéktelen ivás vagy a kábítószer-fogyasztás elleni nevelő-felvilágosító tevékenység, mely azért tekinthető másodlagos megelőzésnek, mert nem érinti az alkoholizmushoz vezető személyiségvonásokat, illetve készségeket, hanem a szer használatával szembeni óvatosságot és a mértéktelen élvezettel szembeni ellenállást igyekszik kialakítani. E módszernek egyelőre nincs még szélesebb skálán működő modellje, elméletileg azonban járható út, részben a tömegkommunikációs eszközök felhasználásával, részben a formális szervezetek – ifjúsági szervezetek, oktatási intézmények stb. – keretein belül szervezett kampányokkal.

Hatékonyabb a másodlagos megelőzés az *öngyilkosság* terén, valószínűleg azért, mert jól meghatározható cselekményt kell meggátolni. A harmadlagos megelőzés viszont egyelőre még sehol sem épült be szervesen az öngyilkosságra adott szervezeti reakció kereteibe, vagyis a megmenthető öngyilkossági kísérletek orvosi ellátásába. Az öngyilkossági kísérleten átesettek ugyanis sokkal gyakrabban hajlamosak újabb kísérletekre vagy befejezett öngyilkosságra, mint a velük azonos társadalmi réteghez tartozó átlaglakosság. Az öngyilkossági kisérletet már elkövetett személyek tehát *veszélyeztetett csoportot* képeznek. A harmadlagos megelőzés rendszerint abból áll, hogy az eseteket átsorolják a pszichiátriai ellátási kategóriába. E kezelési próbálkozásoknak azonban nem jók az eredményei, mert az öngyilkosságot megkíséreltek nem működnek jól együtt a szakemberekkel. Sokkal eredményesebb viszont az önsegítő csoportok működése, a gondozás, a rugalmas és célzott pszichológiai segítség.

## A másodlagos megelőzés komplex útjai

A másodlagos megelőzésnek számos megközelítési útja van, ezek rendszerbe foglalhatók, a rendszer jelentékenyen növeli a hatékonyságot. E megközelítések elméleti alapja inkább a veszélyeztetettségnek az a formája, amikor az öngyilkosságra készülő jelzi szándékát és/vagy segítséget kér. Ezekben az esetekben ma az a tipikus, hogy az érintetteket elsősorban elmeosztályon próbálják kezelni, pszichiátriai betegség módjára. Kialakulóban van azonban a megelőzést közvetlenül szolgáló *pszichológiai technika,* amely pszichoterápiás jellegű, de szociális intervenciós elemeket is tartalmaz. Ez a technika célszerűen alkalmazható speciális *szuicidológiai egységekben,* illetve a pszichiátriai vagy általános és más szakorvosi ellátási kereteken belül. Ez azt jelenti, hogy e technika rendszeresíthető a pszichiátria öngyilkosság-veszélyes esetekkel sűrűn találkozó ellátási ágaiban is. Vagyis alkalmazására felkészülhetnek olyan szomatikus szakágak, amelyekben gyakori az öngyilkosság (pl. onkológia, gerontológia). A technika lényege az elsősegély; ez levezeti a feszültséget, aktiválja a konstruktív problémamegoldó viselkedésmódokat. Kissé tágabban értelmezve: e technika jól megfogalmazható a pszichológiai *kríziskoncepció* jegyében. A szociális intervenció a közvetlen emberi környezetre irányul, akár olyan formában, hogy a konfliktusban részt vevőkre próbál hatni az öngyilkosság-veszélyes ember érdekében, akár úgy, hogy megpróbálja oldani az ilyen emberek magányát és elszigeteltségét.

Az öngyilkosságra készülők lelkiállapotában segítséget nyújtók szakszerű beavatkozásának hatékonysága jó, bár természetesen tovább fejleszthető. Sajátos és hatékony módszer *a telefonon keresztül nyújtott pszichológiai segítségnyújtás és az önkéntes társadalmi szervezetek emberbaráti segítése.* Az öngyilkosság előtt kialakuló sajátos lelkiállapot kedvez az anonim segélykérésnek, a telefonbeszélgetésnek sajátos feszültséglevezető s ezáltal az öngyilkossági cselekményt késleltető hatása van. Az öngyilkossági késztetéseknek időhöz kötött dinamikájuk van, ezért a késleltetés gyakran lényeges késztetéscsökkenéshez vezet. A telefonszolgálatokkal jól összekapcsolható az emberi segítség. Ahol a telefonszolgálatok sűrűsége megfelelő, jól elérhetők, és az emberi segítséggel szerves egységben működnek, ott csökkenthető a halálos végű öngyilkossági cselekmények száma. Ezek tevékenységében is jól használható a kríziskoncepció és a krízisintervenció eszköztára. Bizonyított a hatékonyság ott, ahol a telefonszolgálatok és a segítő szervezetek mellett fejlett a pszichológiai ellátás, és kielégítően működnek más öngyilkosság-megelőzési módok is.

A pszichológiai úton, illetve a telefonszolgálaton át történő öngyilkosságmegelőzési tevékenységgel szemben vannak fenntartások is: ezek az eljárások, úgymond nem specifikusak, és az esetek nagyobb része nem öngyilkosság-veszélyes. Ezt a költség–haszon összefüggésében is negatívumként szokták értelmezni. Nyomós érvek szólnak azonban amellett, hogy a nem specifikus krízismegoldó tevékenységek is számottevően ellene hatnak a későbbi öngyilkossági folyamatok kialakulásának, így az öngyilkossági jelenségek fékező tényezőjeként lehet számon tartani.

Sokan kérnek nyíltan vagy burkoltan segítséget az egészségügyi jellegű szol-

gáltatásoktól, telefonszolgálatoktól és emberbaráti szervezetektől. (Ezek egy része az *egyházak* keretében működik, igen szakszerűen és hatékonyan.) Vannak azonban más öngyilkosság-megelőzési lehetőségek is. A veszélyeztetettség diagnosztikai, illetve statisztikai támpontjainak fölhasználásával valószínűségi alapon szakszerű szuicidológiai segítséghez juttathatók olyan veszélyeztetettek, akik nem akarják szándékukat kinyilvánítani, vagy sodródásukat az öngyilkosság felé még maguk sem realizálják. Diagnosztikai támpont pl. a Ringel-féle *preszuicidális szindróma* koncepciója; statisztikailag a korrelációs módon együtt járó veszélyeztetési tényezők halmozódását szokták figyelembe venni. A diagnosztikai közelítés előnye, hogy ezzel együtt olyan terápiás vagy segítő kapcsolat alakítható ki, ami már maga is jól felhasználható az öngyilkosságveszély szakszerű elhárításában. Hátránya viszont a megközelítés káder- és munkaigényessége. A statisztikai közelítésben akár mechanikusan is kiszűrhetők a veszélyeztetettek; ez az idő- és költségtényezők miatt előnyös, viszont személytelenségében hátrányos lehet. A statisztikai közelítés nagyobb populációkon válik be leginkább, pl. katonaság, kollégiumok, nagy kórházak, elmegyógyintézetek stb.

A veszélyeztetettség felismerése egyszerű, de hatékony óvintézkedéseket is életre hívhat; ilyen az öngyilkossághoz használható eszközök fokozott ellenőrzése, az intenzívebb törődés a beteggel, illetve veszélyeztetettel stb. Meglehetősen sűrűn fordul elő a veszélyeztetettség az egészségügyi intézményekben. Ismeretes, hogy elmeosztályon ápoltak vagy elmegyógyászati kezelésben levők öngyilkossági gyakorisága nagyobb. Az összes betegen belül a veszélyeztetett csoportok elég jól körülírhatók. Vannak veszélyeztetett korcsoportok, kórállapotok, tüneti reakciók és szindrómák stb. Az elmeegészségügyi szolgálatra alapított megelőző intézkedések tehát várhatóan hatékonynak (ilyen pl. a depresszziósok speciális ellátása, önálló depresszióosztályok segítségével) bizonyulnak.

Az egészségügyön kívül *rendőrök, büntetés-végrehajtási szakemberek* és *tanárok* találkoznak nagyobb számban öngyilkosság miatt veszélyeztetett emberekkel. Ahol az öngyilkosság másodlagos megelőzésével kiterjedten foglalkoznak, ott az ilyen szakembereket képezik, és a képzés meglehetősen jó eredményeket hoz. Különösen a letartóztatottak és a börtönben levők öngyilkosságvédelme hatékony. (Ez nem az egyszerű ellenőrzés és korlátozás, hanem inkább pszichológiai beavatkozások révén hatékony.) Sok öngyilkossági cselekményt tudnak meggátolni a rendőrök is (ugyancsak elsősorban helyzetfelismeréssel és kommunikációs eszközökkel).

Jók a tapasztalatok *közösségek* érdekeltté tételében az öngyilkosság-megelőzésben. A bajba jutottak segítésére alkalmasak a közösségi bázisú segítő és önsegítő csoportok. Az öngyilkosságveszély iránt érzékeny, erre felkészített közösségi vezetők gyakran kérnek szakszerű segítséget vagy tanácsot szuicidológiai kutatóhelyektől. Ez egyben a tudományos kutatás sajátos pragmatikus haszna is.

Az öngyilkosság terén az elsődleges megelőzés lehetősége csekély, a felvilágosító, esetleg tömegkommunikációs munkának legfőbb haszna az, hogy a másodlagos megelőzés közösségi alapú erőit mozgósítja (gyakori pl. családtagok segítség-, illetve tanácskérése).

Az elsődleges és a másodlagos prevenció határán, pontosabban: a prevenció és a visszaszorítás határán helyezkedik el az öngyilkossághoz felhasználható eszközök kontrollja. Ez nehézkes, ugyanis a leggyakrabban használt eszközök (kötél, háztartási gáz, magas helyek, vonat stb.) nem ellenőrizhetők. Jól ellenőrizhetők azonban a tűzfegyverek és a mérgek: nem tudni azonban, hogy egyik eszköz korlátozása nem vonja-e maga után egy másik, esetleg veszélyesebb eszköz használatát.

A szakirodalomban vita van arról, hogy nem lenne-e jobb teljesen szabaddá tenni az altató- és nyugtatószerek forgalmát, ugyanis ezek mérgezései jól kezelhetők. Másfelől e célra elterjedőben vannak a növényvédő szerek (lévén igen veszélyes idegmérgek); ezek ellenőrzése és öngyilkosságra való alkalmatlanná tétele járható útnak látszik.

### Az elsődleges megelőzés lehetőségei

Az öngyilkosságnak és más beilleszkedési zavaroknak vannak nem specifikus, elsődleges megelőzési lehetőségei; ezek már ma is megvalósítható tevékenységek, melyek két nagy csoportra oszthatók. Az egyik csoport a másodlagos megelőzés határmezsgyéjén helyezkedik el, a másik a valódi, sui generis elsődleges megelőzés, melyre még visszatérünk.

Az első csoportba tartozó megelőzés alaptétele, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok mélyén olyan *személyiségzavar* rejlik, amelynek magva valószínűleg nem specifikus, s csak következményesen, másodlagos tényezők hatására fejlődik valamely meghatározott beilleszkedési zavar irányába. Személyiségzavarra vezethető vissza minden *deviancia,* s ez a magyarázata annak, hogy *a társadalmi beilleszkedési zavarok gyakran átcsapnak egymásba* vagy halmozottan jelentkeznek. A személyiségzavarokat gyakran átfedik az átmeneti adaptációs egyensúlyzavarok, vagy a neurózis és a pszichopátia diffúz formáiban nyilvánulnak meg. Ha az a diszharmonikus társadalmi réteg, amelyről bizton állítható (pl. a nagy pszichiátriai-epidemiológiai felmérések alapján), hogy általában a lakosság *nagyobb* részét alkotja, pszichológiai kezelésbe kerül, ez a beilleszkedési zavarok kialakulása ellen hat.

A pszichológiai kezelés lehet hagyományos *pszichoterápia,* de lehet egyszerűen pszichológiailag kulturált és pszichoterápiás jellegű bánásmód, amely orvosi és más segítő kapcsolatok révén fejti ki hatását, vagy lehet pszichológiai önsegítő csoportok munkája. Ilyen szempontból a pszichológiai kultúra a beilleszkedési zavarok elsődleges prevenciójának része, melyhez hozzá tartozik az orvoslás, a nevelés és a reszocializáció pszichológiai kulturáltsága is. Ez a globális pszichológiai kulturáltság egyelőre még csupán a társadalom bizonyos rétegeiben érvényesül néhány országban, össztársadalmi méretekben még nem beszélhetünk róla. Az elsődleges megelőzés legfontosabb feladata ma: a *súlyosabb* személyiségzavarban szenvedők kezelése és segítése, ami nem igényli túlzottan bonyolult rendszerek működését, továbbá az *enyhe* zavarokkal bajlódók megsegítése könnyen, időgazdaságosan (pl. korai fázisban tünetekre ható módszerekkel, célzott beavatkozásokkal).

**Az elsődleges megelőzés elvi alapjai**

A személyiségzavarok megértésében három pszichoterápiai alapfogalom lehet segítségünkre: a *hibás tanulás* elve, a megrekedt *(arretált) személyiségfejlődés* elve és a *regresszió (hanyatlás, visszaesés)* elve.

A három személyiségzavar-jelenség rendszerint együttesen jelentkezik. Az élet aktuális megterhelései elsősorban a regresszió kialakulásának irányába hatnak, ami azután inadaptív viselkedésmódokat hív elő, tovább súlyosbítja a megrekedt személyiségfejlődésből eredő integrációs zavarokat. A terápia tehát logikusan arra irányul, hogy fölbontsa a hibásan tanult sémákat, alkalmat adjon az újratanulásra, majd gyakoroltassa az újratanult adaptív viselkedésmódokat. Vagyis a terápia a regresszió ellen hat: átmenetileg tehermentesíti a személyiséget – elsősorban nem függőséggel, hanem azzal, hogy feladatokat ad és hangsúlyozza a személyiség felelősségét, önállóságát. Függőségre ebben az összefüggésben korlátozott módon van szükség: a személyiség növekedését gátló intrapszichikus problémák feloldásához. A *humanista lélektan* alaptétele ugyanis az, hogy a személyiség növekedési és integrációs tendenciája öntörvényű és önfejlesztő, ha a gátló körülmények megszűnnek: ha a kóros emberi kapcsolatokat, egyenrangú viszonyok, őszinte és hiteles kommunikáció váltja föl.

A pszichoterápia *egyéni* formája csak kisebb körben, főleg súlyosabb esetekben indokolt; igen nagy viszont a jelentősége a természetes társas struktúrákat egységenként kezelő, vagy azok folyamatait leképező *pár-, család-, csoport- és közösségi* terápiáknak. Mint említettük, ezek a reszocializációban, illetve a rehabilitációban is bevált módszerek. Ezen a téren is nagy az *önsegítő csoportok* jelentősége: munkájuk a pszichoterápiás ellátást végző szervezetekkel jól összehangolható. Az elsődleges prevenció tevékenysége sajátos *szűrőrendszer:* a beilleszkedési zavarokkal fenyegető esetek korán érintkezésbe hozhatók e tevékenység különböző módozataival és eljárásaival.

**A valódi elsődleges megelőzés lehetőségei**

A tulajdonképpeni elsődleges megelőzés másik csoportja, mint említettük, a *sui generis elsődleges megelőzés.* Ez a *nem specifikus személyiségzavarok kialakulása ellen* irányul; azt célozza, hogy a személyiség minél integráltabban, minél nagyobb teherbíró képességgel fejlődjön. Ennek inkább elvi lehetőségei vannak, működő modelljei ma még csak szűk skálán léteznek. E beavatkozások a *családi szocializáció,* az *intézményes szocializáció* és a *munkahelyi viszonyok* síkjában hatnak. A családi szocializáció segítése lényegében már a szülők fiatal korában megkezdődhet – *szexuális, párválasztási és házassági tanácsadások és segítési módok* révén. Mindinkább kitűnik, hogy a gyermeket vállaló párok egy része speciális előkészítésre szorul, hogy szocializációs funkcióinak meg tudjon felelni.

Nagyon fontos lenne a pszichológiai zavarokkal küzdő kisgyermekes családok intézményes segítése. Fontos továbbá a *nevelési tanácsadások* rendszere, különösen, ha tevékenysége pár- és családterápiás tartalommal tölthető ki.

Már az óvodai nevelésben helye van személyiségfejlesztő foglalkozásoknak. Világszerte nagyon hatékonynak tartják a *terápiás óvodákat;* ezekben korrigálják a gyermekek kezdődő viselkedészavarait, közvetlen módon előrelendítik a személyiség meg-megakadó fejlődését, s e munkába bevonhatók az alkalmas szülők is. Az óvodai terápiák során mód van a kóros családok kiszűrésére.

Iskolában ilyen foglalkozások még alig vannak, noha ebben a csoportközegben is kiütköznek a családi szocializáció zavarai. Az iskolai szocializáció fejlesztő és korrektív lehetőségei még csak elvileg körvonalazhatók. Így pl. látható a *tanári viselkedésmodellek* jelentősége, az iskola szervezeti rendszerének és viszonyainak tudatossá és paradigmatikussá tétele mint rendkívüli nevelő erő. A *munkahelyi* légkör, a szervezeti rendszer, a munkahely csoportviszonyai, szerepelőírásai és kapcsolatrendszere is hat a felnőttkori személyiségfejlődésre; e téren a szervezetpszichológia és a vezetéslélektan rendelkezik megfelelő javító-fejlesztő módszerekkel. (A munkaszervezetekben hasonló gyűjtőfogalom *a szervezetfejlesztés emberi erőforrások révén* [egyik hasznos és hatékony irányzatáról l.: *Gordon Lawrence:* Exploring Induvidual and Organizational Boundaries. A Tavistock Open System Approach, 1979. Wiley, London–New York], valamint a *kommunikációs és konfliktusmegoldási tréning módszertana.* Ez utóbbiban a Rogers-féle „person centered"-módszer iskolai alkalmazása és tanítása, továbbá Thomas Gordon módszere bizonyult jól alkalmazhatónak és hatékonynak.)

Jelentősek az iskolai és munkahelyi keretekben kialakuló kis csoportok, sajátos emberi kapcsolatok – ezek mind-mind támaszt, fejlődési kihívást, korrektív lehetőségeket nyújtanak a személyiségnek. Fejlesztésüket, a bennük rejlő lehetőségeket azonban egyelőre még sehol nem aknázták ki igazán.

**Biológiai károsodások és a megelőzés**

A társadalmi beilleszkedési zavart okozó viselkedésformák okai között gyakran említik a különféle *biológiai tényezők* szerepét. Ilyen pl. az örökletes determináció vagy terheltség, a születési károsodás, a központi idegrendszert érintő kora gyermekkori vagy gyermekkori megbetegedések, az idegrendszeri betegségek bizonyos formái (pl. epilepszia, feltételezett endokrinopátiák stb.), a személyiségfejlődés biológiailag meghatározott károsodásai (pl. pszichopátia). E tényezőknek a köztudat és a szakemberek egy része azért tulajdonít fontosságot, mert megelőzésükben, kiszűrésükben és korai kezelésükben látja a deviáns viselkedésformák elsődleges megelőzésének lehetőségét. Elvileg ez lehet igaz, egyelőre azonban a biológiai tényezők oksági szerepe többnyire nem bizonyított, illetve mennyiségileg és egy-egy konkrét helyzetre nézve nem tisztázott. A szakirodalomban szereplő elméletek vagy *redukcionista* jellegűek, vagy pedig bizonyító apparátusuk módszertanilag és elméletileg hiányos.

Ha a további – egyébként nagy társadalmi ráfordítással, intenzíven folyó – kutatások e tényezők szerepét igazolják, akkor lehetségessé válnak a következő beavatkozások: genetikai tanácsadás, terhességmegszakítás, szűrés, gondozásbavétel, védett környezet, speciális nevelés, illetve korai terápia.

Mai divatos elméletek szerint egy enzim genetikailag meghatározott műkö-

dése pl. az alkoholizmus hajlamosító tényezője lehet. Ha valóban így van, a genetikai tanácsadás (mennyiségi viszonyszámai alapján) kiszűrheti az alkoholizmusra veszélyeztetetteket, akiket aztán neveléssel, illetve adminisztratív intézkedésekkel fokozott mértékben távol tarthat az alkoholtól. Ha beigazolódik a pszichiátriai betegségek genetikai-biológiai determináltsága, akkor jogos a genetikai tanácsadás, a szűrés, a veszélyeztetettek speciális nevelése. Jelenleg azonban aggodalomra ad okot az, hogy a beavatkozások olykor elsietve és társadalmi szempontból igazságtalanul stigmatizálnak, s így ellenkező hatást váltanak ki: hozzájárulhatnak a megelőzni próbált deviancia kialakulásához, mintegy az „önteljesítő prófécia" mechanizmusai szerint.

Mai ismereteink alapján csak annyit mondhatunk, hogy az elsődleges prevenciót bizonyosan szolgálja a születési károsodások megelőzése, a gyermekkori érzékszervi fogyatékosságok korai felismerése, kezelése, illetve kompenzálása, a központi idegrendszert érintő gyermekkori betegségek megelőzése és kezelése. Minden olyan gyermekkori betegség vagy állapot, amely a pszichológiai fejlődést gátolja, sajátos interperszonális helyzetbe hozza a gyermeket, ami deviáns viselkedésre hajlamosít. (Pl. a nevelői követelmények alóli felmentés megbontja a szokásos csoportviszonyokat, s ezáltal *személyiségzavart* okozhat. Különböző típusú biológiai károsodások más-más deviáns személyiségállapotok kialakulására hajlamosíthatnak, bár eddig markáns szabályszerűségek nem állapíthatók meg. A biológiai tényezőkre irányuló megelőzési stratégiák hatékonysága egyelőre nem bizonyosodott be, még kis skálájú működő modelleket sem ismerünk, a költségek pedig igen nagyok.

# Példák külföldi országok gyakorlatából

Kötetünk végén konkrét példákon próbáljuk szemléltetni egyes külföldi országoknak a társadalmi beilleszkedési zavarokkal kapcsolatos gyakorlatát. Tesszük ezt annak érdekében, hogy a megfontolásra, kísérletezésre, esetleg bevezetésre alkalmas intézkedések, beavatkozási módok számbavételével a magunk eszköztárát gyarapítsuk.

## Az öngyilkosság

Tapasztalatok szerint az önpusztítás elleni küzdelem leginkább bevált eszközei az öngyilkosság-megelőző központok.

Ezek működését a *Finnországban* 1970-ben alapított központ példáján mutatjuk be.

Az intézmény tevékenysége sokrétű: klinikai munka, szakemberképzés (mind saját, mind más intézmények dolgozói számára), tudományos kutatás.

A klinikai tevékenység két részből áll:

– lelki elsősegély telefonszolgálat;

– poliklinikai és konzultációs ellátás.

A telefonszolgálat naponta reggel 9-től este 9-ig áll a rászorulók rendelkezésére, az éjszakai ügyeletet az evangélikus egyház telefonszolgálata látja el. Évente mintegy 5000–6000 hívás érkezik, a hívók kétharmada korábban nem részesült pszichiátriai kezelésben, s kb. egyötödük fejezi ki nyíltan öngyilkossági szándékát. Nagyobbik részük nincs heveny krízisállapotban, inkább ún. krónikus öngyilkosok, akiknél az önpusztítás késztetése a felszín közelében van és könnyen aktiválódhat. Tartós érzelmi zavarban szenvednek, ami megnehezíti számukra a közösségi alkalmazkodást, az emberi kapcsolatok kialakítását és fenntartását. A hívások leggyakoribb oka a magányosság, a személyes viszonyokban mutatkozó nehézségek, a lelki egészséggel kapcsolatos problémák.

A központ legfőbb gyógyító eszköze a telefon, ezenkívül a válsághelyzetben levők részére támogató jellegű, rövid ideig tartó egyéni és csoportterápiát is szerveznek. Az intézményt pszichiáter vezeti, a szűkebb szakmai törzsbe négy szociális dolgozó, teológus, konzultáns és adminisztrátor tartozik; ők szervezik és felügyelik az önkéntes munkatársak tevékenységét.

A szolgálat hatékonyságát vizsgáló ellenőrzések szerint a hozzájuk fordulók nagyobb részének tudnak segíteni, ez azonban nem módosította számottevően az öngyilkossági arányt. A szervezet dolgozói sincsenek meggyőződve arról,

hogy effajta központ bárhol alapvető változást hozott volna az öngyilkosságok gyakoriságában. Ennek egyik oka lehet, hogy az igazán halálra szántak nem keresik fel a központot, nem kérnek segítséget.

Hasonló elsősegély-szolgálatok nemcsak állami, hanem egyéb intézmények és szervezetek (egyházak, vöröskereszt, üdvhadsereg stb.) keretén belül is működnek.

*Franciaországban* az öngyilkosság-megelőzés lehetőségeit és kereteit elsősorban a pszichiátriai ellátás szervezési sajátosságai határozzák meg. Kisebb területi egységek, lakóhelyi közösségek népessége számára integrált – kórházi és ambuláns kezelést egyaránt egy helyen nyújtó – ellátási formákat alkalmaznak. Ez kétségkívül előnyös a szolgáltatások hozzáférhetősége szempontjából, és elősegíti a lakóhely életébe való szerves beépülést is, ugyanakkor egyes tevékenységi területeken – pl. az öngyilkosság-megelőzés – nem kedvez a differenciált beavatkozásoknak. A szektorelvet emiatt gyakran bírálják a szuicidológusok.

Vitatott kérdés az öngyilkossági események közzétételének, általában az egész problémakör publikusságának hatása. Egyesek szerint ez nemkívánatos propagandát jelent, mások viszont határozottan a téma nyílt kezelése mellett foglalnak állást, hangsúlyozva, hogy az ellentábor látszólag racionális érvei csupán a mögöttük meghúzódó szorongásokat hivatottak elfedni, s ez a fajta elfojtás lényegében azonos az öngyilkosság gondolatának kialakulásában szerepet játszó hibás mechanizmussal.

A francia öngyilkosság-kutatókat foglalkoztatja az öngyilkosságot többször megkísérlők – az ún. ismétlők – magatartásának értékelése, a velük szemben alkalmazható terápiás viselkedési stratégia kialakítása is. A szakemberek megkülönböztetett figyelmet fordítanak e cselekmények személyközi vonatkozásaira, esetleges eszközfunkciójára (az elkövető környezetére akar nyomást gyakorolni), számolnak a kísérletező egyén felelősségével, s mindezt igyekeznek szemelőtt tartani a beavatkozás módjának kiválasztásakor is.

Az öngyilkosság megelőzésének Franciaországban is egyik legfontosabb eszköze a lelki elsősegély telefonszolgálat (S.O.S.-Barátság hálózat). A személyi állomány szakszerű kiképzésben részesített, szigorú kritériumok alapján kiválasztott önkéntesekből áll, akik a hívókkal – többségükben fiatalokkal – általában legfeljebb néhány hétig tartják a kapcsolatot, a tartósabb kezelést igénylőket pszichoterapeutákhoz irányítják. Igyekeznek elejét venni annak, hogy a hívóknak egy meghatározott, sajátos összetételű köre alakuljon ki; egyelőre azonban bizonyos csoportok – pl. az idősek – kívül rekednek a szolgálat hatókörén. A tapasztalatok szerint sokan az öngyilkosságra való belső felkészülés, a vívódások hosszú szakaszában, nem pedig csupán közvetlenül a tett elkövetése előtt fordulnak segítségért. Ez a tény megkívánja egyrészt a hálózat sűrű telepítését, „fölös" kapacitások létesítését, másrészt a személyzet türelmes magatartását az érezhetően nem heveny öngyilkosságveszélyben levő hívókkal. Előfordulnak ugyanakkor az öngyilkosság elkövetését követő hívások is, ilyenkor – az illető beleegyezésével – a szolgálat mentőt küld a helyszínre. A szervezet hatékonyságának növelése érdekében fokozni kívánják a reklám- és propagandatevékenységet, új – vidéki és elővárosi – állomásokat szándékoznak telepí-

teni, tökéletesíteni akarják a személyzet kiválasztásának és képzésének formáit, végül tervezik a telefonszolgálatot kiegészítő „élő", személyes kapcsolatot biztosító szolgálatok szervezését.

## A bűnözés

Az utóbbi két évtizedben a büntetés-végrehajtásban és a hozzá kapcsolódó rehabilitáció területén összegyűlt tapasztalatok alapján napjainkban a leghatékonyabbnak azok a rendszerek látszanak, ahol egyrészt az elítéltekkel, majd később a szabadultakkal való foglalkozás megfelelően differenciált, másrészt amikor kellő mértékben sikerült biztosítani a szabaduló elítéltek beilleszkedésének feltételeit (állás, lakás, kapcsolattartás, ellenőrzés stb.).

Az alábbiakban ismertetünk néhány ígéretes reszocializációs kísérletet.

Az *Egyesült Államok* – ahol a bűnözés köztudomásúan az egyik központi kérdés – bőséges tárházát nyújtja a különféle újító kísérleteknek. A tanuláson alapuló módszerek egyik tipikus megoldása a börtönön belüli „jelképes gazdaság" (token economy), melynek valamelyik változatát a hetvenes évek közepén már több mint húsz államban alkalmazták. A módszer lényege, hogy az elítéltek előírt magatartások teljesítéséért pontokat (zsetonokat) kapnak, amit azután belátásuk szerint válthatnak be különféle, meghatározott értékű kedvezményekre (fogyasztási cikkek, eltávozás stb.), vagy a jó magaviselethez egyértelműen hozzárendelik a különféle kiváltságokat. Az eljárás előnye, hogy világossá válik a kívánt viselkedés, a módszer szinte „kondicionálja" az elítélteket az alkalmazkodásra.

Az eljárás kidolgozói a megkívánt viselkedések három típusát írták elő. Az első, ami minden oktató, nevelő program alapját képezi, az önfenntartási készségek fejlesztését, a rendes öltözködést, a lakókörnyezet tisztán tartását célozta. A második az önfejlesztéshez kapcsolódik. Ide sorolható a részvétel a heti 30 órás oktatáson, aktivitás a terápián vagy más foglalkoztatáson, illetve tanácsadáson. Végül a harmadik típus az elítéltek értékelése azon képességük alapján, hogy a nem kívánt magatartásokat (rendzavarás, szabálysértés, agresszió) hogyan képesek elkerülni. A három magatartástípust ötlépcsős fokozatban vezették be.

A programban részt vevő elítéltek a börtön többi lakójához képest több kiváltságot élveztek. Az előírt magatartások első lépcsőjét teljesítők pl. tovább nézhették a televíziót, és néhány személyes tárggyal is rendelkezhettek. A harmadik szinten tartók civil ruhában járhattak, hosszabb ideig fogadhattak látogatót, és több személyes tárgyat tarthattak maguknál. Az ötödik szintig eljutottak, azok bizonyos ügyeiket az intézeten kívül intézhették, késő éjszakai fennmaradási kiváltságaik voltak, és nagyobb szabadságuk volt az intézeten belül is.

A szabadultak adatait négy és fél éven át nyomon követve, 28%-uk lett visszaeső. A visszaesők 56%-a a felügyelet szabályait sértette meg, 44% pedig új bűncselekményt követett el.

Szintén az Egyesült Államokban a többszörösen visszaeső erőszakos bűnözők számára kísérleti börtönmodellt dolgoztak ki. Az intézmény – amelyet az észak-

karolinai Butnerben hoztak létre, 1977-ben – egy falu elrendezésére emlékeztet. A közösségi épületek (templom, könyvtár, színház, mozi, iskola, sportlétesítmények, munkahelyek, ebédlő, irodák) a központi tér körül helyezkednek el. A központi tértől távolabb találhatók a kis méretű lakóépületek, ahol egy-egy épületben nyolc elítélt él, kisközösségben együtt kettő-négy olyan alkalmazottal, akik nem pszichoterápiás kezelésre vannak odarendelve, hanem hogy az együttélés során felmerülő problémák megoldását segítsék, köznapi módon rendezzék. A kisközösségben mindenkinek saját szobája van, melynek kulcsát az elítéltek maguk őrzik. Az elítéltek számára a kötelező tevékenység napi nyolc óra, dolgozhatnak a telepen belüli munkahelyeken vagy oktatáson vehetnek részt. A közösségi életben kivívott elismerés alapján elérhetik, hogy intézeten kívüli iskolákban vagy külső munkahelyeken foglalkoztassák őket, távollétük azonban ilyenkor is napi nyolc órára korlátozódik. A szabad idő választásuk szerint alakul, a kisközösség hivatásos tagjai csak orientálják őket a lehetőségek felhasználásában. Az első hat hétben kevesebb lehetőség van az elítéltek önálló tevékenységére, ezután azonban fokozatosan kialakul az önkormányzati rendszer.

Az intézetben olyan elítélteket helyeznek el, akiknek még legalább három év van hátra büntetésükből. Az idő előrehaladtával az intézet hivatásos tagjai az elítéltekkel közösen határozzák meg, hogy ki mikor mehet hosszabb eltávozásra, külső munkahelyre és iskolába, illetve mikor bocsátható feltételes szabadságra.

Az intézet 200 elítélt elhelyezésére alkalmas. Az őrzés úgy van megszervezve, hogy a biztonsági berendezések az intézmény területéről nem láthatók. Az intézet életmódja – a lehetőség határain belül – minden vonatkozásban követi a szabad élet közösségi együttélési modelljét.

A skandináv országok, és főleg *Svédország* élen járt a büntetés-végrehajtásban és a szociális gondoskodásban érvényesülő liberális eszmék alkalmazásában. A börtönök inkább jól felszerelt szanatóriumokhoz hasonlítottak, mint hagyományos büntetés-végrehajtási intézetekhez. Általában 5–10 elítéltre jutott egy-egy magasan kvalifikált szakember. A kiválóan felszerelt intézetekben minden eszköz megvolt a szabad idő kulturált eltöltéséhez, beleértve a sportolást is. Az elítéltek korlátlanul és ellenőrzés nélkül fogadhattak látogatókat, a hosszabb időre elítéltek – bizonyos feltételek megléte esetén – évi rendes szabadságukat családjukkal együtt tölthették az erre a célra kialakított üdülőtáborokban.

A szabadságelvonást jól szervezett utógondozás követte. Hivatásos pártfogók gondoskodtak arról, hogy a szabadulók társadalmi beilleszkedése viszonylag zökkenőmentes legyen. A lakással nem rendelkezők számára utógondozó otthonokat nyitottak, ahol megfelelő szakmai felügyelet segítette a volt elítélteket mindennapi gondjainak megoldásában. Ezek az otthonok a nagyvárosokban működtek, 20–30 fős létszámmal, és a munkaképes személyek számára lehetővé tették a városi munkavállalást.

A büntetőpolitikai intézkedések széles körét jól szervezett szociálpolitikai rendszer egészítette ki, amely a bűnelkövetés körében felmerülő szociális problémák megoldását is feladatának tekintette. Így például különös figyelmet szen-

teltek a hosszabb tartalmú szabadságvesztésre ítéltek családjának, szociális segélyt biztosítottak számukra, szükség szerint családterápiát alkalmaztak, megoldották a veszélyeztetett fiatalkorúak intézeti elhelyezését stb. A bűnmegelőzés hatékonyságának fokozása érdekében 1965 óta minden kerületi rendőrkapitányságon a megelőzés speciális feladataira képzett rendőrtiszteket foglalkoztattak, akik körzetükben a különösen veszélyeztetett családok tagjaival foglalkoztak.

Mindez azonban – főleg pedig a terápiás kezelések – nem hozták meg a várt eredményt. Ezért az 1970-es évek közepétől új büntetés-végrehajtási elveket fogalmaztak meg. A hangsúlyt ettől kezdve inkább a tanításra, a felnőttoktatásra helyezték. A börtönön kívüli reszocializációs lehetőségek felkutatása minden büntetés-végrehajtási intézet feladatává vált.

Érdekes újítás az elítéltek ún. családterápiás elhelyezése. Önként jelentkezők büntetésük egy részét családoknál töltik. Maguk a családok – általában mezőgazdasági tevékenységet folytatók – is önként vállalkoztak a feladatra, környezettanulmányok igazolták alkalmasságukat a tisztességes, munkás életforma példájának közvetítésére. A szakmai felügyeletet hivatásos pártfogók végzik, rendszeresen látogatják és tanácsokkal látják el a kisközösségeket. 1981-ben százon felül volt a családi terápiában részesülők száma.

*Angliában és Wales-ben* a legnagyobb rehabilitációs és ellenőrző szervezet a kormány büntetőpolitikájában központi szerepet játszó „Pártfogói és Utógondozó Szolgálat" (Probation and After-care Service). A szolgálat az utóbbi években jelentős fejlődésen ment keresztül. Míg korábban csak a feltételesen szabadlábra helyezettek és a súlyos bűncselekmények szabadult elkövetőinek gondozása volt a fő tevékenysége, addig az utóbbi években széles körű alkalmazásra van igény.

A Büntetőjogi Törvény 1972-ben előírta a közösségi szolgálatot (Community Service) és az oktatóközpontok létrehozását. A szolgálat helyi szervezeteit megbízták az oktatóközpontok tevékenységének kidolgozásával.

Két év próbaüzem után a közösségi szolgálatot az egész országban bevezették. Közösségi munkára ítélhetők az egyébként börtönnel sújtható 17 év feletti elkövetők. A munka időtartama egy éven belül 40–240 óra között változhat. A közösségi munkának két típusa ismeretes: a hátrányos helyzetű gyerekek, a szellemileg visszamaradottak és az öregek érdekében végzett, személyes kapcsolattal járó vagy közvetett munka, a környezeti tevékenységek, pl. csatornatisztítás, festés, javítás, kertészkedés stb. A munkák elvégzését a szolgálat vagy más hivatalos – esetenként önkéntes – szervezetek ellenőrzik.

A közösségi szolgálat az eddigi értékelés szerint sikeres, elsősorban pszichológiai hatásai és az elidegenedés ellen ható következményei miatt.

Az oktatóközpontok – úgy tűnik – anyagi okok miatt, nem terjedtek el országosan. Célszerűbbnek látszanak az önkéntes alapúak: ezekben lényegesen barátságosabb a légkör, s a rászorulók gyakorlati segítséget kapnak.

A 21 év fölöttiek részére létesített „otthonok" régóta működnek. Ezeket önkéntes szervezetek saját alapjaikból hozták létre. Az „otthonok" működését a börtön alternatívájának tekintik olyan esetben, amikor az elkövetőnek nincs lakása, és a rendezett környezet várhatóan jó hatással lesz rá. Az itt lakó köteles

munkába állni, fizetni az ellátásért stb., ami által feltehetően megtanulja a másokkal való együttélést. Az „otthonok" további funkciója, hogy a vizsgálati fogságból szabadlábra helyezett lakásnélküliek számára szolgál lakhelyül. A felnőttek részére 1976 végén összesen 67 „otthon" működött, 1207 férőhellyel.

A lakásprobléma után a legsúlyosabb kérdés az elkövető munkába állása. Gyakran előfordul, hogy nemcsak egyszerűen munkahelyet kell találnia, hanem az érdekelt más segítségre is szorul. Ezért egyes helyeken készségfejlesztő programokat szerveznek, önkéntes résztvevők számára. A kapcsolatot személyesen vagy telefonon tartják. A résztvevőket felkészítik a lehetséges munkahelyi konfliktusok megoldására, növelik önbizalmukat.

A *nyugat-berlini* Tegel büntetőintézményén belül 1970-ben nyílt meg az első szociálterápiás állomás, 30 fős kapacitással. Azért alakították ki az 1400 elítéltet befogadó börtön keretén belül – és nem független egységként –, mert olyan bánásmódmodellek kifejlesztésére törekedtek, amelyek nemcsak a szociálterápiás gondozás alá vont kisszámú elítéltet érintik, hanem elősegítik a normál büntetés-végrehajtás reformját is. A szociálterápiás részleg és a börtön többi része közötti viszony kezdetben nagyon feszült volt (a pozitív szociális ráhatást kényeztetésnek vélték stb.), és ez csak lassan oldódott. Az állomáson – melynek férőhelyeit 60-ra emelték – két orvos, négy pszichológus, egy szociális gondozó és egy pszichoanalitikus dolgozott.

Az elítélteknek a következő feltételeknek kellett megfelelniük: 25–30 év közötti életkor, három évnél nem több még letöltendő börtönbüntetés, készség a kezelésre, átlagos intelligencia. A gondozási koncepció céljai a szociális alkalmazkodási nehézségek feltárása, azok terápiás feloldása, a következő módszerekkel: 1. egyéni beszélgetések; 2. kiscsoportos foglalkozás – csoportterápia, önismereti csoport; 3. szociális konfliktusok átélése nagycsoportban; 4. közösségi élet – a többiek igényeinek figyelembevételével; 5. munka; 6. külső kapcsolatok – gyakorlási lehetőségek szabadságolással, illetve családtagok bevonásával a csoportmegbeszélésekbe; 7. Charlottenburgba kihelyezett központ mint kontaktushely a kiszabadult, illetve szabadságolt elítéltek számára.

Három gondozási szakterület kialakítására került sor: iskola, szociáltréning, szociálterápia.

Az iskola létrehozásánál abból a meggondolásból indultak ki, hogy a szociális fejlődésükben zavart személyek általában nem képesek adottságaiknak megfelelő szintű iskolai képzettség megszerzésére, ez jényegesen hozzájárul későbbi bűnöző életútjukhoz. Az iskolavégzés viszont fontos előfeltétel a szociális továbbfejlődéshez, a kisebbrendűségi komplexusok leépítéséhez, a sikerélményhez.

A szociáltréning koncepciója két gondolat köré csoportosítható: egyfelől olyan gondozási modellt kell keresni, amely a szükséges ráfordításokat tekintve alkalmas a normál büntetés-végrehajtási gyakorlatban is, másfelől olyan módszer szükséges, amely szabadulás előtt, vagyis abban a fázisban alkalmazható, amikor az elítéltek motivációja a legerősebb. A modell kialakításának további elve az a felismerés volt, hogy a társadalomnak csak azon tagjai képesek büntetlen életmódot folytatni, akik kellő mennyiségű, társadalmilag elfogadott problémamegoldó ismerettel rendelkeznek. Így a büntetendő cselekményeket

gyakran nem a konvencionális társadalmi normák tudatos elvetése miatt követik el, hanem azért, mert nem ismerik a szociális alternatívákat.

A szociálterápia szakág kialakítására 1974-ben került sor. Két különböző szociálterápiás gondozási modellt fejlesztettek ki. Az első a non-direktív pszichoterápiás módszereken alapul. A terápiás folyamat középpontjában a gondozó és elítélt viszonya áll. Az állomáson folyó terápiás tevékenységre az elítélt önkéntesen jelentkezhet. Sokan kétségbe vonják a non-direktivitás lehetőségét a börtön viszonyai között, hiszen a gondozó szerepe kettős: egyrészt szociálterápiás csoportvezető, másrészt döntéshordozó az elítélt számára oly fontos kedvezmények odaítélésében. A gyakorlati tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy míg e kettős szerep a tevékenység elején valóban zavaróan hat, később maga az elítélt tanulja meg a kettő elválasztását.

Ellentétes elveken alapul a másik szociálterápiás gondozási modell, amelynek keretében az elítélt ugyan önként jelentkezik felvételre, utána azonban kötelezi magát a foglalkozásokon való rendszeres részvételre. A program az iskolák szokásos osztálymodelljét követi: lehetséges az egyik fokozatról a másikra való gyors átjutás, de az ismétlés is.

A két gondozási modell hatásában nem tér el lényegesen egymástól. A hatékonyság fokozását illetően megoszlanak a szakemberek nézetei. Egyesek szerint azt kell megvizsgálni, hogy az egyes bűnözőtípusoknál melyik módszerrel lehet jobb reszocializációt elérni. Mivel azonban a legtöbb elítélt hasonló képzettséghiánnyal és magatartásbeli zavarral küszködik, az ilyesfajta kategorizálás csak kivételes esetekben lehetséges. Mások a két modell integrálásában látják a siker zálogát.

Mivel a szociálterápiás kezeléssel kapcsolatban még most is erősek a fenntartások (főleg a gondozási programok inkább kinyilatkoztatott, mint bizonyított hatástalanságára hivatkozva), szükségesnek látszik az intézmény működését a számok tükrében vizsgálni.

Minden gondozási csoportban kimutatható a kontrollcsoporttal szembeni lényegesen lecsökkent visszaesés (összesen mintegy 23%-kal ez fontos „sikerkritérium"). Az egyes kezelési modellek ugyanakkor eredményükben nem térnek el lényegesen egymástól. Úgy tűnik, nem annyira az egyes modellek jellegzetességei számítanak, hanem a gondozási folyamat infrastrukturális feltételei, így pl. a nyitott lakócsoportok, a foglyok közös felelősségvállalása, a jobb szabadulás-előkészítés stb. A bűncselekménytípusok szerinti elemzések is mintegy 17–22%-kal alacsonyabb visszaesést mutatnak a gondozottaknál, mint a normál büntetés-végrehajtásban. Arra azonban, hogy a „siker" pontosan milyen tényezőkre vezethető vissza, pontos választ nem adnak, ehhez további kutatások szükségesek.

*Svájcban* az állami felügyelet általában csak a szabaduláskor lép akcióba, a felügyelők működése gyakran a szabadulók bizalmatlanságába ütközik.

A szabadulók reszocializációjának könnyítésére az utóbbi években Bázelben, Zürichben és St. Gallenben segítő szervezetek alakultak, amelyek önkéntességi alapon, az egyházak és magánszemélyek támogatásával működnek, meglehetősen eredményesen.

Az 1976-ban Bázelben életre hívott szervezet munkaprogramja például a kö-

vetkező: pártfogók kiképzése és alkalmazása; hitel- és szanálási alapok létesítése; a rászoruló szabadulók anyagi támogatása; ingyenes jogi tanácsadás. Harminc nem díjazott pártfogót képeztek ki, akik jogászok, szociális dolgozók és pszichológusok támogatásával működnek. A pártfogók – 20–35 évesek, több mint fele nő – feladata: a büntetőintézetekből szabadulók támogatása a reszocializációban. Volt bűntettesek nincsenek a pártfogók között, bár szó van ilyenek bevonásáról is, mert ők ismerik legjobban a büntetőintézeti viszonyokat és a szabadulók problémáit.

Az intézményre a büntetőintézetben felhívják a foglyok figyelmét. A pártfogóval való együttműködésre az elítélt természetesen nem kényszeríthető. A reszocializálási feladatok között első helyen áll megfelelő munkahely és lakás biztosítása. Fontos a pártfogó és a szabaduló között bizalmi viszony kiépítése. Ennek addig kell fennmaradnia, amíg a szabaduló képessé válik, hogy maga oldja meg nehézségeit, és maga legyen képes elhárítani a visszaesés veszélyét.

## Az alkoholizmus

Az alkoholizmus elleni küzdelem napjainkban általában három fő területre összpontosul:

- fogyasztáskorlátozó intézkedések;
- nevelés és propaganda;
- az alkoholisták gyógykezelése és gondozása.

*Fogyasztáskorlátozó intézkedések*

Abból a – nem teljes egészében bizonyított, de minden valószínűség szerint nem is alaptalan – feltételezésből indulnak ki, miszerint az alkoholfogyasztás átlagos szintje összefügg a mértéktelen fogyasztás (alkoholizmus) szintjével: minél több alkoholtartalmú ital fogy egy társadalomban, annál több e társadalomban az alkoholista. Az intézkedések ennek megfelelően a kínálati oldalt próbálják szabályozni: a szeszes italok árának, a forgalmazás körülményeinek (ki, mikor és hol fogyaszthat alkoholt), és az alkoholféleségek reklámozási lehetőségeinek befolyásolásával, az ittas gépjárművezetés büntetésével.

*Franciaországban* az italokat öt kategóriába sorolták: 1. alkoholmentes italok; 2. bor, sör, almabor max. 8%-os alkoholtartalommal; 3. nagy alkoholtartalmú borok és más italok; 4. borból és gyümölcsből készített égetett szeszes italok; 5. egyéb, elsősorban importált szeszes italok.

Minden italkategóriára más-más korlátozó rendelkezések érvényesek. Az alkoholárusításhoz szükséges engedélyt aránylag könnyű megszerezni, ugyanakkor egyes körzetekben – iskolák, kórházak és egyes üzemek környékén – korlátozzák a forgalmazást. A reklámozás terén nincsenek nagyobb kötöttségek, mindössze az 5. kategóriába sorolt italok hirdetése tilos, továbbá a 3. kategória esetében vannak megszorítások. A 14 éven aluliak egyáltalán nem vásárolhatnak szeszes italt, a 16 éven aluliaknak pedig égetett szeszes italt nem szabad kiszolgálni; a vendéglátó létesítményekben a korhatár – kísérő nélküli fia-

talok esetében – 18 év. 1970-ben megszigorították az ittas járművezetésre vonatkozó jogszabályt, a megengedett legmagasabb véralkoholszint 0,8 ezrelék. Azóta csökkent a közlekedési balesetek száma, ez azonban a biztonsági öv bevezetésének következménye is lehet. Jelentősen kiterjesztették a rendőrség közúti ellenőrzési hatáskörét, ez azonban akkora felzúdulást keltett a lakosság körében, hogy a hatóságok gyakorlatilag nem is éltek megnövekedett lehetőségeikkel.

Az *NSZK-ban* 14 éven aluliak semmiféle szeszes italt, 18 éven aluliak pedig égetett szeszes italt nem vásárolhatnak. 1981-ben jelentős mértékben – 20%-kal – emelték az alkoholos italok forgalmi adóját, ugyanakkor a bortermelőket – más mezőgazdasági termelőkhöz hasonlóan – állami támogatásban részesítik. A járművezetésnél megengedett legmagasabb véralkoholszintet 0,8 ezrelékben állapították meg, e szabály megsértése esetén a vezető jogosítványát bevonják.

*Svájcban* a múlt század végén erősen emelkedett az alkoholfogyasztás; visszaszorítása érdekében a szesztermelést és -forgalmazást állami monopóliummá tették, magas adókat vetettek ki a szeszes italokra, az ezekből származó bevétel egy részét pedig az alkoholizmus elleni harc céljaira fordították. Mindennek nyomán a fogyasztás jelentősen mérséklődött, igaz, ebben szerepe volt az igen erős alkoholellenes közvéleménynek is. Idővel azonban a fogyasztás ismét növekedni kezdett, és a második világháború óta lényegében töretlen az emelkedés. Az állami monopólium dacára jelenleg minden 35. svájci állampolgárnak van engedélye szeszes ital előállítására, a bortermelők állami támogatást élveznek, a forgalmazás pedig kevés törvényes akadályba ütközik. A járművezetésnél megengedett legmagasabb véralkoholszint 0,8 ezrelék, túllépése a jogosítvány bevonásával, esetenként börtönbüntetéssel jár (bár a törvényt nem alkalmazzák szigorúan). 1982-re az égetett szeszes italok termelésének és forgalmazásának korlátozását tervezték.

*Angliában* a múlt században fokozatosan emelkedett az alkoholfogyasztás, csupán az első világháború idején következett be fordulat, amikor felemelték a szeszes italok árát és megszigorították a forgalmazás feltételeit. Ezt követően a fogyasztás visszaesett; ez a hatás egészen a második világháborúig tartósnak bizonyult. A háború után újabb emelkedés kezdődött, s ez a legutóbbi évekig tartott. Veszítettek erejükből a különféle korlátozó intézkedések: a szeszes italokat ugyan továbbra is magas forgalmi adó terhelte, az alkoholos italok árának emelkedése azonban elmaradt a jövedelmek emelkedésének ütemétől – így az alkohol viszonylag olcsóbbá vált. Ezenkívül, bár a szeszesital-forgalmazást továbbra is engedélyhez kötötték és az árusítást meghatározott időtartamra korlátozták, az engedéllyel rendelkező intézmények száma erősen megugrott. 1979-ben egy bizottság ajánlásokat dolgozott ki az alkoholpolitikára, melyben javasolták: a forgalmi adó növelése révén az alkoholos italok árának emelését, mégpedig a kiskereskedelmi árindex, illetve a reáljövedelem emelkedésével legalább azonos mértékben; a szeszes ital forgalmazási engedélyezésének megszigorítását; a szeszes ital vásárlását 18 éves kor alatt tiltó rendelkezés betartásának fokozottabb ellenőrzését; a munkahelyi italozás korlátozását, különösen a ve-

szélyes munkahelyeken; a járművezetők véralkoholszintjének szúrópróbaszerű ellenőrzését akkor is, ha az ittasság gyanúja nem merült fel.

Az *Egyesült Államok* napjainkban egyike a leginkább liberális országoknak az alkoholpolitika terén. Nincsenek a fogyasztás csökkentését célzó árintézkedések, a szeszes ital forgalmi adója viszonylag alacsony, mértéke pedig 1958 óta állandó. A forgalmazás feltételei államonként eltérőek, a kiszolgálhatóság alsó korhatára 18 és 21 év között változik. Veszített erejéből az az előírás, amely szerint alkoholos italok mellé ételt is kötelező felszolgálni. Az ittas vezetést minden államban a jogosítvány bevonásával büntetik, a reklámozás szabályozása viszont államonként más-más, akárcsak a véralkoholszint megengedett felső határa. A jelenlegi vezetés ellenez bármiféle össz-szövetségi, minden államra kötelező érvényű alkoholpolitikai rendelkezést, ugyanakkor az amerikai alkoholizmusbizottság határozottan egy fogyasztáskorlátozó politika mellett foglal állást. Ennek legfőbb eszközét a forgalmi adó emelésében, továbbá az adókulcs italfajták szerint változó mértékének megszüntetésében látja. Kevésbé hatásosnak tartja viszont az elárusítóhelyek számának csökkentését, ugyanakkor feltételezi, hogy a helyben fogyasztásra alkalmas vendéglátó egységek száma összefügg a fogyasztás szintjével – ezért megfontolandónak vélik az árusítás korlátozását vendéglőkben, munkahelyi étkezdékben stb.

A múltban mind *Svédországban,* mind *Finnországban* igen szigorú fogyasztáskorlátozás uralkodott – igaz, a teljes tilalmat egyik országban sem sikerült megvalósítani. Bár ennek ereje századunk ötvenes, hatvanas éveiben valamelyest enyhült, más államokhoz képest még napjainkban is meglehetősen radikálisak a korlátozó rendszabályok. Az egészen kis szesztartalmú sörök kivételével mindenféle szeszes ital csak szűk körű speciális bolthálózatban kapható; ezek az üzletek csak hétköznap, munkaidőben tartanak nyitva, szombaton és vasárnap nem.

Svédországban ismeretlenek a kocsmák vagy a „pubok", a vendéglők csak engedéllyel árusíthatnak szeszes italt, s akkor is csupán étel felszolgálásával együtt. A szeszes italok ára – a forgalmi adók révén – igen magas, és emelkedése lépést tart az árszínvonal átlagos emelkedésével, sőt a fogyasztás megugrása esetén rendkívüli áremeléseket is végrehajtanak.

Finnországban egy időben próbálkoztak az alkoholfogyasztás szerkezetének árpolitikai eszközökkel történő befolyásolásával, ez azonban nem járt sikerrel: a sör és a bor árának az égetett szeszes italokénál kisebb mértékű emelése nem csökkentette az utóbbi italfajták fogyasztását, ezért azután jelentősen emelték a bor és a sör árát is.

Az ittas vezetést mindkét országban szigorúan büntetik: Svédországban már 1941-ben bevezették a véralkohol-vizsgálatot. A járművezető 0,5 ezrelék véralkoholszint esetén már büntethető. 0,8 ezreléknél bevonják a jogosítványt, 1,5 ezreléknél pedig börtönbüntetésre kerül sor. A szeszes italok bármiféle reklámozása tilos. Finnországban egyértelműen eredményesnek ítélik a fogyasztás korlátozását célzó beavatkozásokat; utalnak pl. az 1972-es sztrájkra, amikor mintegy öt hétig szünetelt a szeszes italok árusítása, ebben az időszakban nemcsak a fogyasztás esett vissza, de csökkent az alkohol okozta problémák száma is.

*Lengyelországban* a józansági mozgalom összekapcsolódott a nemzeti függetlenségért folytatott harccal, ezért közvetlenül a függetlenség kivívása után átfogó törvényt hoztak az alkoholizmus ellen (1920).

Az 1951. évi törvény is ehhez az előzményhez nyúlt vissza, amikor rendezte az alkoholizmussal kapcsolatos kérdéseket. 1970 és 1980 között az alkoholfogyasztás és a kapcsolódó problémák gyakorisága nőtt, ezért a hetvenes évek második felében jelentősen emelték az alkoholos italok árát. 1981-ben a kormány újabb áremelést hajtott végre (elsősorban az égetett szeszes italok körében: ezek ára 50%-kal nőtt), továbbá csökkentették az elárusítóhelyek számát. A járművezetésnél megengedett legmagasabb véralkoholszint 0,5 ezrelék, de már a 0,2 és 0,5 közötti értéket is szabályellenesnek tekintik és szankcionálják.

A fogyasztáskorlátozásról összefoglalóan megállapítható: a második világháború utáni évek liberálisabb gyakorlatát felváltotta egy erélyesebb fogyasztáskorlátozásra törekvő politika. Nehéz azonban megítélni, a hozott intézkedések mennyire célravezetők az alkoholizmus visszaszorításában. Úgy tűnik, csak az alkoholfogyasztást elítélő közvélemény kialakulásával párhuzamosan várható jelentős eredmény. Ugyanakkor a korlátozó rendszabályok maguk is hozzájárulhatnak egy ilyen közvélemény kialakulásához.

*Nevelés és propaganda*

Az alkoholizmus elleni küzdelemben a kínálati oldal szabályozása mellett törekedni kell a kereslet befolyásolására is. Ennek egyik fontos eszköze a nevelés és a propaganda amelynek egy WHO-jelentés három fő irányát határozta meg:

– Széles körben ismertté kell tenni az alkohol egészségkárosító, a viselkedést kedvezőtlenül befolyásoló hatását; ezt a felvilágosító munkát célszerű az egészséges életmódra nevelés keretén belül, nem pedig az alkoholra korlátozott nevelés és propaganda részeként folytatni.

– Az attitűdök, normák és értékek alakítása révén el kell érni, hogy a mértékletes fogyasztás váljék irányadó magatartási mintává, növekedjék a viselkedésért, az egészségi állapotért és a személyes kapcsolatokért érzett egyéni felelősség.

– Változtatni kell az ivásra ösztönző életkörülményeken: föl kell számolni vagy legalábbis enyhíteni kell a megfosztottságérzetet, az elidegenedést, a frusztrációt, a kedvezőtlen életkilátásokat.

Az *Egyesült Államok* alkoholizmusbizottsága a nevelő és felvilágosító munka területeként az iskolai oktatást, a tömegkommunikációs propagandát, a helyi közösségekre összpontosított egészségügyi felvilágosító és oktatási tevékenységet jelölte ki.

Az iskolai programok eddigi hatástalanságát a bizottság azzal magyarázza, hogy azok túlságosan nagy célt tűztek ki maguk elé: a tanulókban életre szóló ivási szokásokat akartak kialakítani, holott e szokások az élet folyamán általában többször is változnak. Bár a tömegkommunikációs eszközökben rejlő lehetőségek egyelőre még kiaknázatlanok, és sok kutató meglehetősen szkeptikus e tekintetben; reménnyel kecsegtet ugyanakkor a tömegkommunikációs eszkö-

zök alkalmazásának összekapcsolása a közösségek egy részének személyes oktatásával, felvilágosításával.

Az alkoholizmusbizottság nagy súlyt helyez az ivási szokások befolyásolására is, részint jogi eszközökkel (szorgalmazza pl. az ittas vezetésre vonatkozó rendelkezések szigorítását és következetes érvényesítését), részint nevelés révén. Lehetséges nevelési célként a következő magatartásmintákat és szokásokat emeli ki: ital mellett ételt is fogyasztani; szeszes italok helyett kisebb szesztartalmú italokat vagy alkoholmentes italokat fogyasztani; csak szórakozási alkalmakhoz kapcsolódva inni; ivás helyett sportolni; alkoholfogyasztás után tartózkodni a járművezetéstől; bizonyos életkorban egyáltalán nem inni; naponta csak meghatározott mennyiséget fogyasztani; nyilvános helyeken nem inni; részegen nem mutatkozni.

*Az alkoholisták gyógykezelése és gondozása*

Bár az utóbbi időben az alkoholizmus elleni harc súlypontja némileg áthelyeződött a fogyasztáskorlátozó beavatkozásokra, továbbra is jelentős figyelemben részesül az alkoholisták gyógykezelése és gondozása. Ezzel párhuzamosan tovább élnek azok a nézetek, amelyek az alkoholizmus betegségkoncepciójából indulnak ki, a mértéktelen italozás okát pedig a személyiségzavarokban keresik.

*Finnországban* a Népjóléti és Egészségügyi Minisztérium keretében működő Szociális Jóléti Testület fennhatósága alatt folyik az alkoholisták kezelése. Egészségügyi szervezetekbe csak a beteg pszichózisa vagy az idegkárosodása miatt ápolásra szoruló alkoholista kerül: itt együttesen alkalmaznak gyógyszeres, szomato- és pszichoterápiát. Az állami intézmények mellett számos magánalapítvány is tevékenykedik, vannak munkahelyek az otthontalan iszákosok befogadására; ezek aránylag kevés orvost, viszont sok szociális dolgozót foglalkoztatnak. A különféle szervezetek igyekeznek megnyerni az alkoholisták együttműködését, de szükség esetén a törvény módot nyújt kényszerelvonó kezelésre is, ez azonban nem lehet megtorló jellegű. Első ízben 1937-ben hoztak törvényt az alkoholizmussal kapcsolatban, ezt a hatvanas évek elején módosították. Érvényesítésének alsó korhatára 25 év; akkor alkalmazzák, ha az illető rendszeresen, mértéktelenül iszik, és ez különösen súlyos társadalmi károkat okoz (erőszakos, rosszul bánik családjával, veszélyezteti környezetét, ittasan vezet gépjárművet; közbotrányt okoz; egy év alatt háromszor részegedett le oly mértékben, hogy rendőri beavatkozást kellett igénybe venni; elhanyagolja családját vagy munkáját; túlzott terhet ró hozzátartozóira; köztámogatásra szorul). A törvény fokozatai: figyelmeztetés és a kezelés kilátásba helyezése; felügyelet alá helyezés; kényszerelvonás. A hatósági eljárást a rokonok, a munkahely és más intézmények egyaránt kezdeményezhetik.

A kötelező alkoholelvonásra vonatkozó törvény végrehajtására a helsinki városi tanács *alkoholistagondozó hivatalt* létesített, amelynek feladata az itasság miatt letartóztatottak nyilvántartása, a kezelések feljegyzése, az alkoholisták felkutatása és az önkéntes kezelés vállalásának szorgalmazása. A kényszerel-

vonást csupán végső eszköznek tekintik az élet normalizálására, a kezelések 80%-a a beteg önkéntes elhatározásán alapul.

A *Szovjetunióban* az alkoholizmus három stádiumát különböztetik meg: kezdeti, könnyű; közepes; végső, súlyos. Ennek megfelelően választják ki a gyógyítás formáit és módszereit. Mindhárom szakaszban figyelembe veszik a lelki és fizikai összefüggés, az alkoholtolerancia, a testi és pszichikus funkciók változásait jelző diagnosztikákat. A kezelés eszköztárában napjainkban mind jelentősebb helyet kap a pszichoterápia (bár sok helyen még nem ismerik fel kellően a pszichológusok tevékenységének fontosságát), és továbbra is meghatározó szerep jut az averzív jellegű gyógyszeres beavatkozásoknak. A kórházakban a betegek legrövidebb tartózkodási ideje 45 nap. Az alkalmazott módszerek három csoportra oszthatók:

– közvetlen hatású eljárások: hipnoterápia, hipnotikus villámalvás, autogén tréning, hipnopédia, racionális pszichoterápia, a pszichoterápiával összekapcsolt feltételes reflexes terápia, placeboterápia, a személyiség önnevelő terápiája, munkaterápia;

– közvetett hatású eljárások: biblioterápia, kultúrterápia, videopszichoterápia;

– szocio- és pszichoterápia.

Amennyiben a beteg egészségi állapota nem teszi lehetővé más eljárások alkalmazását, a pszichoterápia egyedüli kezelésforma is lehet.

A kórházi és járóbeteg-ellátás folyamata három szakaszra tagolható. Az elsőben a szervezet méregtelenítését, általános megerősítését végzik; ennek időtartama rendszerint 2–3 hét. A második szakasz aktív alkoholellenes terápia, melynek célja a negatív feltételes reflex kialakítása. Mivel általános alapelv az absztinencia követelménye, ezt a szakaszt az esetek többségében nélkülözhetetlennek tartják, jóllehet vannak, akik aggódnak az aktív terápia káros mellékhatásai és szövődményei miatt (ezek azonban kellő körültekintéssel megelőzhetők). Az alkalmazott eszközök között – esetenként igen súlyos szervezeti reakciókat és stresszállapotokat kiváltó – különféle vegyületek, gyógyszerek uralkodnak, ezenkívül – különösen, ha a beteg állapota nem teszi lehetővé a biológiai kezelést – hipnoszuggesztív és más szuggesztív módszereket használnak, de kísérleteznek a gyógyszeres beavatkozások placebo jellegű utánzásával is. A gyógyítás harmadik szakasza az aktív terápia eredményeinek megszilárdítását, a visszaesés megakadályozását szolgálja. A tünetek enyhülése esetén a beteg az első három évben reszocializációs terápiában részesül, de a rá következő két évben is gondozás alatt marad. Amennyiben a tünetek újra megjelennek, ismét megkezdődik a kezelés.

*Angliában* az egyik általános kórház neuropszichiátriai részlegén 16 ágyas alkohológiai egységet szerveztek, ahová akár a körzeti orvos, akár más kórházi osztály orvosa is beutalhatja a beteget, a felvételről azonban mindig az egység vezető orvosa dönt. A jelentkezőnek el kell fogadnia a bentmaradás feltételeit (a minimális tartózkodási idő hat hét, ez alatt a beteg egyáltalán nem ihat, csupán az előírt gyógyszereket szedheti és be kell tartania a házirend előírásait). Ellenkező esetben másfajta – pl. averziós – kezelést ajánlanak, nyitva hagyva az újbóli jelentkezés lehetőségét. A terápiás program célja: az agresszív megnyilvá-

nulások helyébe kialakítani a konstruktív közlésekre, a mások érzelmeinek elfogadására, a bírálat elviselésére való képességeket, mert ezek hiányának fontos szerepet tulajdonítanak az alkoholizmus kifejlődésében. Az alkalmazott módszerek igen változatosak: a napi kétszer egy órás megbeszélések mellett hetente háromszor újabb összejövetelt tartanak, ezenkívül hétfőnként „nyitott ülésre" kerül sor, amelyre mind a gyógyult régi betegeket, mind a felvételre várakozókat és azok hozzátartozóit meghívják. Az üléseken mindenki elmondja élettörténetét, nehézségeit, konfliktusait, s ezt vita követi. Minden délután a közeli elmegyógyintézet krónikus – jórészt idős – betegeinek ápolásában, gondozásában és szórakoztatásában vesznek részt, hétfőnként pedig házastársukkal, élettársukkal találkoznak; ekkor zajlanak – páronként külön-külön – a családterápiás foglalkozások. Heti egy alkalommal meghívott előadó – gyakran volt beteg – tart előadást, máskor házigazdaként látnak vendégül egykori vagy leendő betegeket. Havonta egyszer saját anyagi forrásaik felhasználásával estélyt rendeznek, amelyre bárkit meghívhatnak.

Az intézmény – amely két orvossal, két ápolónővel, egy részmunkaidős gondozónővel és egy adminisztrátorral működik – jórészt önfenntartó, hatékonyságát munkatársai 53%-osnak mondják (a kezeltek körében ilyen arányú a gyógyulás), ez azonban nem teljes absztinenciát, hanem mértékletes, társadalmilag elfogadott mértékű fogyasztást jelent. Az újrafelvételek aránya mintegy 30%.

*Csehszlovákiában* a prágai alkoholelvonó intézetben nagy jelentőséget tulajdonítanak a munkafüzetek és a zeneterápia alkalmazásának. Egy-egy munkafüzet 150 oldalnyi sokszorosított szövegből és jegyzetelésre alkalmas lapokból áll. Felhasználásuk széles körű: a megadott használati utasítás szerint füzetekben kell rögzíteni az orvosok által hetente tartott előadások anyagát, válaszolni a velük kapcsolatban feltett kérdésekre, értékelve egyúttal magukat a programokat is; ide írják be a betegek a heti egy alkalommal ülésező szocioterápiás klub és az ún. „szabad fórum" foglalkozásainak témájához kötődő gondolataikat, elsősorban saját érzéseikről, élményeikről, benyomásaikról. Az orvosok számára a munkafüzetek lehetővé teszik a kezeltek reagálásainak nyomon követését, de maguk a betegek is célszerűbbnek ítélték, mint a korábban alkalmazott dolgozatírást. Mivel pedig gyógyulása után mindenki hazaviszi munkafüzetét, nagyobb a remény az elért eredmények tartósítására.

A zeneterápia erősíti a betegek csoportjainak összeforrottságát, elősegíti a beilleszkedést, a kapcsolatteremtést és a közvetlen kommunikációt. Hatékonyságát lényegesen növeli, ha nem korlátozódik csupán a zenehallgatásra (passzív terápia), hanem közös zenélésre – hangszeres játékra vagy éneklésre – is kiterjed (aktív terápia). A foglalkozások általában 40–60 percesek, a rövid, bevezető „relaxációt" követi az aktív vagy passzív zeneterápia – klasszikus vagy kortárs szerzők –, majd a „meditáció" az elhangzott (eljátszott) zeneműről; az összejövetelt néhány perces megbeszélés zárja.

Az *Egyesült Államok*-beli Wisconsin államban közel 750 vállalat hozzájárulásával létesült a „de Paul Rehabilitációs Kórház". Az intézmény három részből áll:

– 103 ágyas fekvőbetegrészleg, ahol a betegek átlagosan négy hetet töltenek;

– a járóbeteg-ellátó osztály, ahol a már másutt kezelt vagy közvetlenül ide felvett betegek – családtagjaikkal együtt – szervezett pszichoterápiás kezelésben részesülnek;

– munkaterápiás részleg, ahol az alapkezelésen átesett betegeknek szakmai munkalehetőséget, emellett képzést vagy továbbképzést biztosítanak. Külön járóbeteg-ellátást szerveztek fiatalok – elsősorban kábítószer-élvezők – számára. E program 15 hetes kórházi kezelésből, majd ezt követően fél évtől két évig terjedő ellenőrzésből áll, amelyet három, szociális dolgozókból alakult szakcsoport végez. A kórház e részlegében 40–50 beteget gyógykezelnek.

A betegek mintegy 20%-a visszaeső, közel 80%-uk a betegség kezdeti szakaszában van, amikor az italozás még nem zilálta szét családjukat, munkájukat, így gyógyulási esélyeik viszonylag kedvezőek. A súlyosabban károsodottak részére könnyített (napi 2–3 órás) munkaterápiát, valamint hobbitevékenységet biztosítanak. A kórház egyúttal oktató- és kutatóközpont is, a szövetségi állam három egyetemével áll kapcsolatban, melyek közül az egyiken narkomániával foglalkozó tanszék felállítását tervezik.

**A kábítószer-fogyasztás**

Az alábbiakban egy ígéretesnek tűnő *lengyelországi* kezdeményezést mutatunk be, mely talán a hazai viszonyok között is meghonosítható lenne.

A narkománia leküzdésére életre hívott Monar nevű ifjúsági szervezet megalakítását maga a fiatalság szorgalmazta 1981-ben. 1057 varsói középiskolás adott hangot a „Zycie Warszawy"-ban megjelent írásában egyrészt tanácstalanságának, másrészt eltökélt tenniakarásának a kábítószer-fogyasztás terjedésével kapcsolatban. A dokumentumot eljuttatták a vezető állami és pártszervekhez, Marek Kotanski pszichiáter vezetésével pedig megkezdődött a szervezet tényleges kialakítása. 1981. augusztus 4-én jegyezték be hivatalosan is, ekkor vált jogi személlyé. Leendő tagjainak háromhónapos próbaidőt kell letölteniük – ezalatt kórházakban, bölcsődékben és szociális otthonokban végeznek térítésmentesen fizikai munkát – ezt követően, ha bizonyították rátermettségüket, véglegesítik őket. Tevékenységük azon a megfontoláson alapszik, hogy a narkomán fiatalok felkutatását és segítését leghatékonyabban maga az ifjúság végezheti a mindennapi (iskolai és más jellegű) találkozások, együttlétek során. Céljuk: a kábítószertől tartózkodó életmód divatjának kialakítása saját környezetükben. A kábítószer-függőség kezdetén álló fiatalok kevésbé bizalmatlanok a velük nagyjából egykorú Monar-tagokkal, jobban elfogadják az ő támogatásukat, mint a felnőtt társadalom – pedagógusok, orvosok, szülők – segítségét.

A varsói székhelyű szervezet három részből áll:

– bentlakásos reszocializációs intézetek az önként gyógyulni akaróknak (számuk jelenleg öt, a hatodikat most szervezik);

– a tanácsadó feladatokat ellátó, emellett a kábítószeresek ambuláns kezelésével is kísérletező konzultációs pontok;

– ifjúsági házak (ezek létesítését a közeljövőben tervezik).

A *reszocializációs intézetek* közül legjelentősebb a Monar-rendszer egészénél

hosszabb múltra visszatekintő (1978-ban alapított), a Marek Kotanski vezette gloskowi intézet. Ez a garwolini neuropszichiátriai kórházban fiatal kábítószeresekkel folytatott kísérletekből nőtt ki (kórházi körülmények között e kísérletek nem hoztak eredményt), s egy leromlott állapotú – idővel a gondozottak munkájával helyreállított – kúria épületében talált otthont. Az épülethez 36 hektáros földterület tartozik, mely 1982-ig egy kisebb állami gazdaság tulajdona volt. Egyidejűleg kb. 30 fő gyógykezelésére nyílik itt mód: a betegek életkora 16–30 év, egyaránt vannak közöttük egyedülállók és házaspárok (az utóbbiak gyermekeiket is magukkal hozhatják). Az intézmény fenntartásának költségeit állami forrásból fedezik, ez évente kb. 20 millió zlotyt jelent (az öt reszocializációs intézet finanszírozására összesen évi kb. 57 millió zlotyt fordít az egészségügyi kormányzat). Tervezik, hogy a kezeltek termelőmunkája révén önellátóvá teszik az intézetet, ez azonban rövid távon – egyebek között a téli foglalkoztatás megoldatlansága miatt – nem látszik megvalósíthatónak.

Az intézmény a kezeltekből és a gyógyulásukat segítő mintegy 30 fős személyzetből sajátos „mini társadalmat" alkot. Az intézet élén a lider (vezér) áll, ezt a posztot pillanatnyilag maga Kotanski tölti be, de a bevezetés előtt álló új rendszerben a nevelők mindegyike négy-négy hónapig látja majd el ezt a tisztséget. Szavazás útján választják a vezetőséget, melyben az egész „társadalmat" irányító elnök és annak helyettese, a mindennapi munkabeosztást megszervező munkavezető, valamint a kúria és környékének rendbentartásáért felelős, a háztartást kézben tartó háziasszony foglal helyet. Az intézetben nyolc nevelő tevékenykedik, eredeti foglalkozásuk más és más, van köztük a narkomániából kigyógyult volt kezelt is. Alkalmazásuk legfőbb kritériuma, hogy határozott, színes egyéniségek legyenek – olyanok, akik képesek magukkal ragadni a betegeket. Munkaidejük eltér a megszokottól: egyfolytában 48 órán át vannak szolgálatban, ezt azután néhány szabadnap követi. Rajtuk kívül hat földművelő, négy konyhás, három orvos, két ápolónő, két raktáros, két felügyelő és a gazdasági igazgató által irányított néhány adminisztrátor alkotja a személyzetet.

Az intézetbe költözők kezelése időben három szakaszra tagolódik:

– Első szakasz: a mind a betegek, mind a személyzet számára legnehezebb periódus három hónapig tart. Az újonnan jöttek még kevésbé motiváltak a hatékony együttműködésre, állandó bennük a vágy az intézet elhagyására, visszatérésre a kábítószerhez. Ennek leküzdésére az első hónapban egyáltalán nem mehetnek ki az intézetből, utána is csupán a már gyógyulófélben levők kíséretével. A munka, amit végezniük kell, nehezebb, mint a régebben bent lakóké, ráadásul az újoncnak csak kötelességei vannak, jogai nincsenek. A szökések mindezek dacára ritkák, ami részint a kezelés vállalásának önkéntes jellegével, részint a biztonságos belső légkörrel magyarázható, hiszen a külvilág megbélyegzőn, elutasítóan reagál a kábítósokra. A személyzet feladata ebben az időszakban a károsodott, „régi" pszichikum valóságos megsemmisítése – annak tudatosítása révén, hogy az illető kábítószer-élvezete folytán „nagy nulla" lett (ennek eléréséhez aránylag kemény eszközöktől sem riadnak vissza); ez előfeltétele egy teljesen új személyiség és értékrend felépítésének – a keletkezett „űr" helyén.

– Második szakasz: ez akár egy évig is eltarthat. Az otthonosság periódusa.

Ekkor kell a mindennapi életritmusba beilleszkedett egyénben felébreszteni a benne rejlő természetes erőket, átitatni őket a tenniakarás szellemével. Miután a betegek felismerték és átérezték az intézetben történő dolgok fontosságát, s csírájában visszatért az önbecsülésük – kezdetét veszi az ember belső felépítése; helyreáll személyközi kapcsolatokra való képességük, újra megtanulják az olyan szavak jelentését, mint a szerelem, barátság, méltóság – vagyis fokozatosan kitöltik az elfelejtett emberiesség nyomán támadt űrt.

– Harmadik szakasz: egyre erősödik a betegnek a külvilághoz fűződő kapcsolata. Új ismeretségekre tesz szert, új munka után néz. Egy idő után az intézet már csak lelki támogatást nyújt, a kezeltnek magának kell megtalálnia a helyét a kinti társadalomban. Ez korántsem könnyű. Egyrészt a befogadó környezet – amennyiben változatlan – fokozza a visszaesés veszélyét, másrészt a volt betegnek rendkívül aktív életre, céltudatos tevékenységre van szüksége – legalábbis az első néhány évben –, hogy elviselje az intézet elhagyása után jelentkező hullámvölgyet, hogy ne törjön rá az unalom, ami az újbóli kábítószerezés táptalaja.

Ami a gloskowi intézetben alkalmazott kezelés eredményességét illeti, megállapítható, hogy azok, akik letöltötték itt a gyógyuláshoz szükséges két évet, rendszerint nem tértek vissza régi szenvedélyükhöz, sőt sokan közülük a kábítószer-ellenes küzdelem élharcosai lettek.

A Monar szervezeti rendszerének – a reszocializációs intézetek mellett – másik fontos eleme az ún. *konzultációs pontok* hálózata, mely a narkománia problémája iránt érdeklődők vagy épp azzal küszködők rendszeressé váló összejöveteleiből nőtt ki. Feladata kezdetben csupán a tanácsadás volt: segítségnyújtás a rászoruló kábítószer-élvező fiataloknak. Ezekben az intézményekben, amelyek saját telefonvonallal is rendelkeznek, nem szakemberek (orvosok, pszichológusok), hanem szenvedélyükből kigyógyult volt kábítószeresek dolgoznak, ők adják át sokrétű tapasztalataikat, magatartásukkal igyekezve rábírni a hozzájuk fordulókat az önkéntes kezelés vállalására.

Idővel azonban a résztvevők szűknek érezték ezt a tevékenységi kört, s a varsói központban kísérleti jelleggel megkezdték a narkománia kezdeti szakaszában levők intézeten kívüli, ambuláns kezelését is.

A Monar-rendszer harmadik elemeként *ifjúsági házak* felállítását tervezik, amelyek a 16 éven aluli, a kábítószerrel újonnan megismerkedett, szilárd családi hátteret nélkülöző fiatalok körét fognák át. Ezekben az otthonokban – ahol egyenként 5–8 személy tartózkodhatna – 5–6 hónapon keresztül a kezelteket nem szakítanák ki mindennapi életükből – ellentétben a reszocializációs intézetekkel –, s nem alakítanának ki részükre semmiféle művi környezetet. A szülők szerepét az egymást 24 óránként váltó nevelők töltenék be, az ő feladatuk lenne a pozitív viselkedésmódok kifejlesztése a rájuk bízott fiatalok körében. A bentlakók kötelesek lennének iskolába járni, tanulni, takarítani, mosni, bevásárolni, sőt idővel heti néhány órában fizikai munkát is végeznének, amivel az intézmény fenntartásához járulnának hozzá. Az ifjúsági házak egyik legfontosabb előnye abban rejlik, hogy a kezelteket ideiglenesen elszigeteli korábbi – kábítószer-fogyasztásra szocializáló – környezetüktől.

## A pszichiátriai ellátás (mentálegészségügyi hálózat)

*Finnországban* a lelki egészségvédelem központi intézménye az 1897-ben alapított Finn Lelkiegészségügyi Társaság, amelynek munkájában neves orvosok, pszichiáterek, önkéntes aktivisták vesznek részt. Távlati programot és tervet dolgoznak ki – ennek végrehajtásához igyekeznek megnyerni a hivatalos intézmények támogatását –, véleményt nyilvánítanak országos és helyi kérdésekben. Feladatuknak tekintik, hogy felhívják a vezetők, döntésthozók figyelmét a lakosság lelki egészségét befolyásoló társadalmi körülményekre. Munkájukhoz az ismeretközlés változatos formáit veszik igénybe: tudományos és népszerűsítő egészségnevelési ankétokat, szemináriumokat tartanak, kiadványokat jelentetnek meg, önálló folyóirattal is rendelkeznek. Mivel a lelki egészségvédelem a szociálpolitika szerves része, ezzel kapcsolatos információgyűjtést, tudományos felméréseket is végeznek, az egyes intézkedések hatásának vizsgálatával pedig megalapozottabb, eredményesebb döntések megszületését segítik elő.

Miként a finn egészségügy egésze, a mentálegészségügy rendszere is területi alapon szerveződik, a polgárok lelki egészségének védelme elsődlegesen a helyi közösségek feladata. 1952-ben az országot 21 mentálegészségügyi körzetre osztották; 1979-től minden körzet központi elmekórházzal és legalább egy mentálegészségügyi központtal rendelkezik. A kommunák által irányított 21 központi elmekórház kapacitását öt egyetemi klinika, két állami elmekórház és 30 különböző intézményhez tartozó kórház egészíti ki. Ezekben a hetvenes évek végén együttesen mintegy 20 000 ágy volt. Ezenkívül az általános kórházakban neuropszichiátriai és gyermekpszichiátriai osztályok is működnek. Az ambuláns mentálegészségügyi központok száma közel 90, ebből több mint 20 a gyermek- és ifjúságpszichiátria szolgálatában áll. (Ez az intézménytípus a pszichiátriai szakrendelők, a hazai idegbeteg-gondozók és a nappali szanatóriumok együttesének felel meg.) Fő feladatuk a gondozás, de egyre inkább előtérbe kerül a megelőzés is. Ezekben az intézményekben azokkal az enyhe és középsúlyos állapotban levő betegekkel foglalkoznak, akik nem szorulnak kórházi ápolásra; emellett gondozzák a kórházból elbocsátott egyéneket is. A fekvő- és járóbetegeket ellátó intézmények sorát átmeneti intézetek, rehabilitációs központok, foglalkoztatók, védett munkahelyek és betegotthonok egészítik ki. A pszichiátriai beteg útja az általános egészségügyi alapellátásból a helyi mentálegészségügyi központba vezet, innen – ha járóbetegként nem kezelhető – a területi elmekórházba kerül, ahonnan ismét a mentálegészségügyi központba tér vissza.

A mentálegészségügyi hálózat fejlesztési elképzeléseit két fő szempont határozza meg. Egyrészt törekednek az ún. szektor-elv teljes megvalósítására; az intézményhálózat egy-egy integrált alrendszere (amelybe szektoronként a központi elmekórházak, a mentálegészségügyi központok és egyéb szervezetek tartoznak) a lakosság területi alapon meghatározott csoportját látja el, s egyetlen munkacsoport fogja össze az adott régió valamennyi – kórházi, ambuláns és más – ellátó egységét. (Az egyetemi pszichiátriai klinikák fő feladata vonzáskörzetük szakemberellátásának biztosítása, de részt vesznek a területi ellátásban is.) Másrészt megpróbálják egymáshoz közelíteni az általános egészségügyi ellátást és az elme-egészségügyi ellátást – mind a kórházi, mind az ambuláns

kezelés szintjén. Az önálló, nagy elmekórházak helyébe kis ágylétszámú pszichiátriai osztályokat szándékoznak kialakítani az egyes régiók központi általános kórházaiban; a járóbeteg-ellátásban pedig fokozni kívánják az együttműködést az elsődleges (alap) egészségügyi központok és a mentálegészségügyi központok között (Lahtiban pl. a két intézmény egy épületben működik). Ezzel egyidejűleg – miként az egészségügy egész vonalán –, a korábbi kórházcentrikus szemléletet felülvizsgálva és módosítva, törekszenek az ambuláns alapellátás kiszélesítésére, a kórházi ágylétszám – meglehetősen költséges – bővítése helyett a félkórházi, átmeneti intézeti és védett munkahelyi ágyak és férőhelyek számának növelésére.

*Svédországban* a kórházak több mint száz éve, a mentálegészségügyi ellátás 1967 óta a megyei tanácsok hatáskörébe tartozik. Az állami elmekórházakat fokozatosan leépítik és a megyi általános kórházakban létesítenek pszichiátriai osztályokat. Az egészségügy távlati fejlesztési terveinek keretében a hetvenes évek elejétől modell-kísérleteket indítottak a területi elvre épülő ellátási rendszer hatékonyságának megállapítására. Egy-egy szektorhoz 60–80 000 lakos tartozik, minden szektorban 15–20 kórházi ágy és egy vagy több ambuláns (járóbeteg) intézet működik. Ez utóbbiakban 2–3 pszichiátriai munkacsoport tevékenykedik, pszichiáterek, pszichológusok, szociális dolgozók és más szakemberek, valamint adminisztrátorok részvételével. Egy-egy munkacsoport 25–50 főt lát el. 1990-ig szeretnék elérni, hogy minden szektorban 100 pszichiátriai ágy és 20 nappali kórházi férőhely álljon rendelkezésre, a szektorok területe pedig földrajzilag egybeessék az elsődleges egészségügyi körzetekkel, valamint a szociális ellátás területi beosztásával. A kórházi kezelések arányának visszaszorítása mellett a járóbeteg-ellátás erőteljes fejlesztésére törekednek. Távlati cél: területileg meghatározott népességcsoportok részére saját szervezésű, egységesen működő kórházi és ambuláns lelkiegészségügyi hálózat kiépítése, mely szervesen beilleszkedik a regionális egészségügyi rendszer egészébe. Alapvető szempont, hogy e hálózat mindenki számára ott és akkor legyen hozzáférhető, ahol és amikor arra szükség van; a rászorulók azonnali és megfelelő segítséget kapjanak, s ez a korai beavatkozás az egész családra irányuljon.

A hatékony munka megkívánja egyrészt a tevékenység differenciálását, az egyes tevékenységszférák pontosabb körülhatárolását (a testi betegek, az alkoholisták vagy a bűnözők pl. nem tartoznak elsődlegesen a pszichiátriai ellátás hatókörébe), másrészt az együttműködés fokozását a szociális jóléti intézményekkel, optimális esetben a két terület egyesítését.

*Franciaországban* a lelkiegészségügyi ellátás két területén tapasztalhatók figyelemre méltó törekvések. A szorosan vett gyógyító-megelőző hálózat sokáig csupán az elmebetegek menhelyeiből kifejlődött elmekórházakból állt; a kórházi keretek gátat szabtak a sikeres munkának. 1960-ban tértek át a szektoriális rendszerre, amely most már magába foglalta a kórházon kívüli ellátási formákat is, s megteremtette az átfogó lelkiegészségügyi és ehhez kapcsolódó szociális ellátás területi alapon történő integrációjának lehetőségét. E keretek között gondozzák egyebek mellett az alkoholistákat és a toxikomániában szenvedőket is. A szektorrendszer, eszközigényessége ellenére, viszonylagosan gazdaságos, mivel a szolgáltatások igénybevételében mutatkozó átfedéseket, ismétlődéseket

jórészt kiküszöböli. Az ellátásban jelentős szerep jut a megyénként szervezett, zömmel állami (központi) anyagi támogatással működő mentálhigiénés rendelőintézeteknek, amelyek a rászorulók ambuláns gondozását látják el, ezenkívül részt vesznek a betegek otthoni, lakáson történő ápolásában is (ez utóbbi Franciaországban igen elterjedt kezelési forma).

A lelkiegészségügyi ellátás másik területe, ahol érdekes kezdeményezések figyelhetők meg, a társadalmi visszailleszkedés megkönnyítésére hivatott intézményhálózat. Mivel a rehabilitáció egyik központi eleme, a munkába történő visszatérés sokszor csak lassan, fokozatosan valósítható meg, igen fontos feladatot töltenek be az állam és a különböző társadalombiztosítási szervezetek által is támogatott, védett, esetenként részidős foglalkoztatást biztosító munkahelyek, melyek jogi helyzetét a fogyatékos munkaképességű dolgozók védelmével kapcsolatos törvények szabályozzák. E munkahelyeken mód nyílik a volt betegek szakmai átképzésére is. A komolyabb kezelést már nem igénylők elhelyezésére szolgálnak a „hosszú ápolási idejű betegek otthonai", amelyeket idővel védett lakásokból álló lakóegyüttesekké kívánnak továbbfejleszteni. Meglehetősen kiterjedt, s mind az állam, mind a különféle jótékony szervezetek részéről kezdeményezett forma, a mentális betegeknek családokhoz történő kihelyezése; ily módon főleg az epilepsziások és szkizofrének gondozása oldható meg. Számos, jórészt magánszemélyek által ösztönzött társulás, egyesület foglalkozik a gyógyult betegek rehabilitálásával.

A mentálhigiénés ellátás központi szakmai irányító szerve a kormány mellett működő Szociálhigiénés Állandó Tanács, amelynek mentálegészségügyi bizottsága is van. Ugyancsak a kormány szolgálatában áll, s azt mindenekelőtt naprakész információkkal látja el az Egészség- és Orvostudományi Kutatások Intézete, amely ezenkívül a legfontosabb kutatások szervezésével, valamint a tudományos eredmények gyakorlati alkalmazásának bevezetésével is foglalkozik. A helyi irányítást a területi Közegészségügyi Főigazgatóságok végzik, egyrészt a Betegellátási Igazgatóságra, másrészt a Társadalompolitikai Igazgatóságra támaszkodva.

## Család- és házasságvédelem

A kutatási tapasztalatok egybehangzóan arra mutatnak, hogy a társadalmi beilleszkedési zavarok kialakulásában döntő szerepe van a gyermekkori szocializáció torzulásainak, a személyiség ebből fakadó sérülékenységének. Tudjuk továbbá, hogy a családi élet felnőttkori működészavarai, a családi kötelékek felbomlása vagy eredendő hiánya az esetek egy részében táptalaja lehet a különféle deviáns magatartásformáknak. Jóllehet az összefüggés pontos tartalma, az oksági kapcsolat iránya ma még nem tisztázott egyértelműen (a statisztikai adatok bizonyos családiállapot-kategóriák nagyobb veszélyeztetettségét jelzik, pl. az öngyilkosságok esetében). E tények is jelzik a házasság és a családi élet védelmére irányuló erőfeszítések fontosságát a beilleszkedési zavarok megelőzésében. Az alábbiakban az ilyen jellegű szovjet kezdeményezéseket mutatjuk be.

A *Szovjetunió* nagyvárosai közül Moszkvában érezhető leginkább, hogy komoly nehézségek vannak a házassági és családi kapcsolatok terén. Ezért az utóbbi időben számos intézkedés született a családi élet működészavarainak kiküszöbölésére, a házasságok stabilitásának fokozására.

1979-ben felállították a fővárosi tanács család- és házasságügyi osztályát, egy évvel később pedig a kerületi tanácsokon belül hoztak létre családi és házassági ügyekkel foglalkozó társadalmi osztályokat. E szervezetek tevékenységének főbb irányai: a dolgozó nők szakmai és családi szerepének optimális összehangolásához szükséges feltételek megteremtése, a gyermekek számának növelését elősegítő intézkedések kidolgozása és végrehajtása, a család nevelő potenciáljának erősítése, az egyedülállók segítése családalapítási törekvéseik megvalósításában.

A család megerősítését célzó erőfeszítések sorában kiemelt fontosságú az ifjúság felkészítése a házaséletre, a szülői feladatok ellátására. Ennek érdekében számos iskola tantervébe iktattak be – többek között fakultatív tárgyak keretében – a családi élet különböző kérdéseit tárgyaló ismeretanyagot, s megkezdték az ezeket oktató tanárok fölkészítését is. Emellett iskolán kívüli előadásokat is szerveznek a házasság higiéniájáról, a családon belüli személyközi kapcsolatokról stb.

Az erőfeszítések másik területe a házasulandó fiatalok, valamint az új házasok körében végzett tájékoztató, felvilágosító és tanácsadó tevékenység. Különös népszerűségnek örvendenek a fiatal házaspárok, illetve szülők számára létesített klubok, amelyek kultúrházak és vendéglátó létesítmények keretében működnek, s egy részükben tanácsadó állomás is üzemel.

A családok stabilitásának fokozásában jelentős szerep jut a tanácsadó szolgálatoknak, amelyek a házassági, családi feszültségek kezelésében, a felmerülő konfliktusok helyes megoldásában nyújtanak segítséget. Tevékenységük kiterjed a biológiai okokból gyermektelen vagy a nemi élet zavaraival küszködő családoknak adott orvosi segítségre, a pszichológiai és szexológiai felvilágosításra és ismeretterjesztésre, a konfliktusos és válni készülő házaspároknak nyújtott tanácsadásra, a családok jogi kérdésekben történő eligazítására. Valamennyi tanácsadó szolgálat keretében különféle rendelések is működnek: meddőségi, fogamzásgátlási, genetikai, szexuálpatológiai stb.

A jövőben az egész fővárosra kiterjedő tanácsadó hálózatot terveznek, amelynek keretében egyénileg vagy csoportosan foglalkoznak a hozzájuk fordulókkal. Bebizonyosodott ugyanis, hogy a családok megszilárdítását célzó munkának ez az egyik legígéretesebb, a konfliktusos házaspárok és az új helyzetükbe beilleszkedni kényszerülő újonnan elváltak támogatásának pedig talán az egyedül lehetséges formája.

A Moszkvában különösen alacsony születési arány növelése érdekében fokozott gondot fordítanak a dolgozó nők helyzetére, különböző intézkedésekkel próbálva enyhíteni nehézségeiken. Igyekeznek kiszélesíteni az élelmiszerek és iparcikkek előzetes megrendelési hálózatát a sokgyermekes családok számára, új szakosított üzleteket, szolgáltató intézményeket nyitnak (ilyen pl. az „Áruk jövendő anyák részére" elnevezésű szaküzlet). Megszervezik, hogy a sokgyermekes családok könnyebben hozzájussanak különféle árucikkekhez (pl. soron-

kívüliséget élveznek a szolgáltató üzemekben, a kedvezmények igénybevételéhez az érintettek „sokgyermekes család" bizonyítványt kapnak). Előnyben részesítik őket a lakáskiutalásoknál is, emellett lehetőleg fejlett infrastruktúrával rendelkező városrészekben biztosítanak számukra otthont. Számos üzemben a család és a házasság kérdéseivel foglalkozó bizottságok alakultak, amelyek feladata a dolgozó anyák munkakörülményeinek javítása (szabadságolások, rövidített munkanap, illetve munkahét stb.).

Fontos feladat a Moszkvában jelentékeny tömeget alkotó egyedülállók házassági és családalapítási törekvéseinek támogatása, elsősorban a partnerek egymásra találását megkönnyítő szervezeti keretek kiépítésével. 1977-ben alakultak meg a „harmincon túliak" klubjai, jelenleg ezekből 17 működik, s mintegy 10 000 embert tömörítenek. Az ismerkedési lehetőségek megteremtésén túl e klubok tájékoztató, felvilágosító tevékenységet is folytatnak (előadások a házassági és családi kapcsolatok különféle kérdeseiről). A klubtagok zöme középkorú, magasabb iskolai végzettségű és egyszer már élt házasságban (kisebb részük özvegy, nagyobb hányaduk elvált). A klubhálózat mellett szó van ismeretségközvetítő szolgálatok felállításáról – egy, ipari üzemekben végzett közvélemény-kutatás szerint a megkérdezettek ezt a formát támogatták a legnagyobb arányban –, továbbá arról, hogy a városi újságok házassági hirdetéseket is közöljenek.

# Függelék

## A Tudományos Tanács tagjai

PATAKI FERENC, a TT elnöke, pszichológus
ANDORKA RUDOLF, a TT alelnöke, szociológus
MÜNNICH IVÁN, a TT tudományos titkára, pszichológus
DONGA KATALIN, a TT szervező titkára, pszichológus
BUDA BÉLA, témafelelős, orvos-pszichiáter
GÁTI FERENC, témafelelős, pedagógus
KOLOZSI BÉLA, témafelelős, orvos-pszichiáter
LEVENDEL LÁSZLÓ, témafelelős, orvos
SZABÓ ANDRÁS, témafelelős, jogász

AJKAY ZOLTÁN, orvos
ERDÉLYI ISTVÁN, jogász
FEKETE JÁNOS, szociológus
FERGE SÁNDOR, közgazdász
GERGELY MIHÁLY, író
GÖDÖNY JÓZSEF, jogász
GYÖRGY ISTVÁN, jogász
GYŐRI PÉTER, szociológus
HONTI B. LÁSZLÓ, pszichológus
HUNYADY GYÖRGY, pszichológus
ILLYÉS SÁNDOR, pszichológus
KERTÉSZ IMRE, jogász
LORÁND FERENC, pedagógus
MAGYAR ISTVÁN, orvos-pszichiáter
MIKUS GYULA, pedagógus
MOKSONY FERENC, szociológus
MOLNÁR KÁROLY, hivatásos katona
MONIGL ISTVÁN, demográfus
SAJÓ ANDRÁS, jogász
SIMEK ZSÓFIA, orvos
VABRIK LÁSZLÓ, jogász
VÖRÖS ANTAL, történész

## A Tudományos Tanács megrendelésére szakértői véleményt készítettek

ANDORKA RUDOLF
BAKÓCZI ANTAL
BÁRD KÁROLY
BERNÁD ISTVÁN
BOROS JÁNOS
BÖSZÖRMÉNYI EDE
CSISZÉR NÓRA
DÁVID FERENC
DICZIG ISTVÁN
EGRESSY ANDRÁS
ELKÁN GYÖRGY
ERDÉLYI ISTVÁN
FARKAS GÁBOR
FODOR ZSUZSANNA
FÜRI ANNA
GONDOS ANNA
GÖNCZ DÁNIEL
GÖNCZÖL KATALIN
GULYÁS JUDIT
HARANGOZÓ JUDIT
HEGEDŰS IMRE
HEGEDŰS T. ANDRÁS
HEGYESI GÁBOR
HONTI B. LÁSZLÓ
HORÁNYI GYÖRGYNÉ
IRK FERENC
KARCZAG JUDIT
KELETI JUDIT
KEMÉNYNÉ PÁLFFY KATALIN
KÉTHELYI JUDIT
KISS JÓZSEFNÉ
KISS JUDIT
KOLLER ÉVA
KOPP MÁRIA
KRÁNITZ MARIANN
KULIN SÁNDOR
MARÓT JÚLIA
MÉSZÁROS JUDIT
MIKUS GYULA
MILTÉNYI KÁROLY
MOKSONY FERENC
MOLNÁR JÓZSEF
MURÁNYI KOVÁCS ENDRÉNÉ
NYÍRI FERENC
ORMAI VERA
PISZTORA FERENC
PRESSING LAJOS
RÁCZ JÓZSEF
RASKÓ GABRIELLA
SCHNEIDER MÁRTA
SCHŐDL LÍVIA
SEBES ÁGNES
SIKLÓS JÓZSEF
STURM ERZSÉBET
SZABÓ ANDRÁS
SZÁSZ PÁLNÉ
SZŐNYI GÁBOR
TAMÁS ANDRÁSNÉ
TAUBER ISTVÁN
TÓTH JÁNOSNÉ
TÓTH LÁSZLÓ
VÁG ANDRÁS
VAJDA ZSUZSA
VARGA LÁSZLÓ
VAVRÓ ISTVÁN
VARSÁNYI ERIKA
VINCZE MÁRIA
VINCZLÉR ATTILA
VÖRÖS KATALIN
WIENER A. IMRE
ZSENI ANNAMÁRIA

A kiadásért felel a Kossuth Könyvkiadó igazgatója
Szedte és nyomta az Alföldi Nyomda
A nyomdai megrendelés törzsszáma: 3429.66-14-2
Készült Debrecenben, az 1988 évben
Felelős vezető: Benkő István vezérigazgató
A kötetet Dús Ágnes szerkesztette
A borító és a tipográfia Pányi Béla munkája
Műszaki vezető Bereczki Gábor
Terjedelme 17,5 (A/5) ív

45,– Ft

„Az elmúlt évtizedekben – legjobb tudomásom szerint – nem jelent meg hazánkban olyan munka, amely együtt s kölcsönös kapcsolataikban tárgyalta volna valóságunk egyes tömeges, nyugtalanító és konfliktusgerjesztő jelenségeit, folyamatait. E nyugtalanító jelenségeken ezúttal pontosan körvonalazható tartományt értek: a társadalmi beilleszkedés zavarait, a társadalmi deviáció tényeit. Az előbbi – kissé bőbeszédű – formula ugyanis ugyanazokat a társadalmi tényeket nevezi meg, amelyeket a nemzetközi tudományos irodalom hagyományosan a 'deviáns viselkedés' fogalma alá rendel...

Azok a tények és tapasztalatok, amelyekről e könyvben olvashatunk, önmagukban véve semmiképpen sem újak és szokatlanok. Sem nálunk, sem a világ bármely más országában! Szokatlan viszont az, hogy a kötet szerzői ezúttal komplex módon, a tények pontos nyelvén, köntörfalazás nélkül beszélnek a szóba jöhető tényekről...

Félreértés ne essék: korántsem e lapokon olvashat először a hazai olvasó a bűnözés állapotáról és alakulásáról, az alkoholizmus okozta bajokról vagy az öngyilkosságok terén elfoglalt 'világelsőségünkről', a veszélyeztetett fiatalok – főképpen az állami gondozottak – sorsáról... Az eddigi vitáknak, elemzéseknek azonban minden jel szerint nem sikerült kellően átütniük a közöny, a megelégedett rutin vagy a 'szégyenlősség' falait. Az elhangzott szavak mennyisége, a javaslatok intése és megalapozottsága korántsem volt ugyanis arányban a széles körű cselekvésre, az intézményrendszer korszerűsítésére s a társadalmi aktivitás serkentésére fordított erőfeszítésekkel...

Nos, a kérdéseknek ez az összetettebb és egyúttal genetikus szemlélete, az összes érintett szakembercsoportok termékeny együttműködése alighanem újszerű mozzanatnak ítélhető...

Az olvasó olyan írást tart a kezében, amely minden tekintetben kollektív erőfeszítés, közös szellemi munka, sok és olykor kiélezett – bár mindig jóízű – vita gyümölcse... Hiszen a feladat az állampolgári felelősség leckéje is volt, nem csupán szakemberi minőségükben tartott igényt a résztvevőkre."

(RÉSZLETEK PATAKI FERENC ELŐSZAVÁBÓL)